

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE  
MANABI  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON  
EMBARAZO PRECOZ ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VERDI  
CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO JUNIO A NOVIEMBRE DEL  
2006**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE:  
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

**ELABORADO POR:**

**ANGEL VINICIO BERMUDEZ ANTON**

**DIRECTOR:**

**DR. NELSON CAMPOVERDE MEJÍA**

Portoviejo, diciembre del 2006

TEMA:

RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON  
EMBARAZO PRECOZ ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VERDI  
CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO JUNIO A NOVIEMBRE DEL  
2006

## **DEDICATORIA**

**Este logro lo dedico primero a Dios ya que en todo momento estuvo conmigo guiándome, dándome fuerza para seguir adelante cuando ya pensaba que debía claudicar, abandonando mi mayor aspiración que es ser médico.**

**A mis padres: Angel y Beltina, quienes me brindaron su apoyo en todo momento.**

**A mis hermanos: Jhon, Marcelo y Lizeth, por darme su apoyo incondicional en todo momento.**

**A mis tíos: Anabel, Glenda, Arturo Antón. José, Manuel, Milton, María, Lizardo, Fulton, Vicenta, Wilmer y Flavio Bermúdez, ya que sus consejos me ayudaron a lograr este triunfo.**

**A mis primos: que siempre estuvieron conmigo, apoyándome para que no desista de mis ideales.**

**A una persona muy especial como la Sra. Rosa Mendoza, por su gran fortaleza, quien estuvo incondicionalmente apoyándome y guiándome en todas aquellas situaciones en que necesite de una mano amiga.**

**VINICIO**

## **AGRADECIMIENTO**

A **Dios**, por ser parte importante en mi vida, por mostrarme la luz del camino para seguir adelante hasta cumplir una de mis metas.

A nuestra querida Universidad (U.T.M.) por habernos acogido durante estos años en sus aulas de enseñanza.

A todas aquellas personas que de una u otra forma han hecho posible realizar este proyecto investigativo, Dr. Nelson Campoverde Mejía, Director de Tesis; Dr. Hugo Loo Lino, Presidente del Tribunal, Dr. Gene Alarcón Castro y Dra. Carmina Pinargote, Miembros del Tribunal, quienes en todo momento me brindaron su guía y supervisión en el trabajo que hoy culmino.

A los distinguidos profesores de la Universidad por habernos impartido todos sus conocimientos, los cuales han sido fundamentales para nuestra formación académica.

A los amigos y compañeros con quienes compartí alegrías y tristezas, durante todo este largo trayecto.

## **VINICIO**

## CERTIFICACION

Yo, Dr. Dr. Nelson Campoverde Mejía , CERTIFICO que la tesis de investigación titulada: **Riesgos en la Salud de las adolescentes con embarazo precoz atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Portoviejo. Junio a Noviembre del 2006,** es trabajo original de Angel Vinicio Bermúdez Antón, el que ha sido revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección.

Portoviejo, diciembre del 2006.

---

Dr. Nelson Campoverde Mejía  
**DIRECTOR**

**CERTIFICACION DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

***UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI***  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON  
EMBARAZO PRECOZ ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VERDI  
CEVALLOS BALDA, PORTOVIEJO JUNIO A NOVIEMBRE DEL  
2006**

**TESIS DE GRADO**

Sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo requisito previo a la  
obtención del título de:

**DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA.**

**APROBADA**

---

Dr. Nelson Campoverde Mejía  
**DIRECTOR**

---

Dr. Hugo Loor Lino  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

---

Dr. Gene Alarcón Castro  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

Dra. Carmina Pinargote  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

Dr. Bosco Barberán  
**DECANO DE LA FACULTAD**

---

Ab. Yandri Sabando  
**ASESOR JURIDICO**

## **RESPONSABILIDAD**

Quien suscribe este documento, Declara:

Que el presente trabajo es producto de una Investigación, además asume todo tipo de responsabilidad que la Ley señale para el efecto.

**Angel Vinicio Bermúdez Antón**

**C.I. 130774977-8**

# INDICE DE CONTENIDO

	Págs.
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Indice de Tablas y Gráficos	
Indice de anexos	
Resumen	
Summary	
I. Introducción	1 - 3
II. Justificación	4 - 5
III. Planteamiento del problema	6 - 8
IV. Objetivos	9
V. Marco teórico	10 - 23
VI. Operacionalización de variables	24 - 27
VII. Diseño Metodológico	28 - 30
VIII. Resultados Estadísticos	31 - 55
IX. Análisis e Interpretación de resultados	56 - 58
X. Conclusiones	59
XI. Recomendaciones	60
XII. Propuesta	61 - 66
XIII. Presupuesto	67
XIV. Cronograma de trabajo	68
XV. Bibliografía	69
XVI. Anexos	70 - 72

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según edad Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 1.....	31
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según procedencia. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 2.....	32
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Estado civil. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 3.....	33
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Grado de instrucción. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 4.....	34
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Ocupación. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 5.....	35
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Vive con. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 6.....	36
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Estado nutricional. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 7.....	37
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Hábitos. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Gráfico 1.....	38
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Inicio de relaciones sexuales. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 8.....	39
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Control prenatal. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 9.....	40

Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Tiempo de gestación. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 10.....	41
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Vía del parto. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 11.....	42
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Complicaciones obstétricas del parto. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Tabla 1.....	43
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Complicaciones obstétricas del parto. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Tabla 2.....	44
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Complicaciones obstétricas del parto. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 12.....	45
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz según Complicaciones neonatales. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 13.....	46
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz en relación edad-procedencia. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 14.....	47
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz en relación Edad-grado de instrucción. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 15.....	48
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz en relación Edad-ocupación. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 16.....	49
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz en relación Procedencia-Estado nutricional. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 17.....	50

Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz en relación Vive con-estado nutricional. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 18.....	51
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz en relación Procedencia-controles. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 19.....	52
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz en relación Edad-complicaciones. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 20.....	53
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz en relación Control prenatal - complicaciones. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 21.....	54
Riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz en relación Partos-cesáreas. Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Junio-noviembre del 2006. Grafitabla 22.....	55

## INDICE DE ANEXOS

Anexos.....	70
Anexo A. Formulario .....	71 - 72

## **RESUMEN**

Con el objetivo de identificar los riesgos de las adolescentes con embarazo precoz atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, se realizó una investigación de tipo prospectivo, en una población formada por 108 pacientes a quienes se les atendió el parto de junio a noviembre del 2006.

Se plantearon las siguientes variables: Características de la población en estudio, riesgos obstétricos del parto en adolescentes con embarazo precoz, para registro de la información se utilizó un formulario.

Los resultados más destacados son:

Con relación a las características de las pacientes en cuanto a la edad el 61% tenía de 17-18 años. El 69% provenía del área rural. Un 81% era de estado civil unión libre. El 56% había alcanzado educación primaria completa. El 83% tenía como ocupación labores domésticas. Un 36% vivían con los suegros. El 56% presentó peso normal. El inicio de las relaciones sexuales en el 45% fue de 15-16 años. El 47% tuvo de 4-6 controles prenatales. En el 80.6% la vía de parto fue la cesárea.

Respecto a los riesgos del embarazo precoz, se determinó que la complicación más frecuente en la madre fue con el 31% desproporción cefalopélvica. La complicación del neonato fue con un 24% el síndrome de dificultad respiratoria.

**Palabras claves:** Embarazo precoz, complicaciones obstétricas, neonatales.

## SUMMARY

For the sake of identifying the risks of teens with precocious pregnancy catered to in Portoviejo's Hospital Verdi Cevallos Balda, an investigation of prospective type, in a population formed by 108 patients whom they catered to June's childbirth to November of the 2006 came true .

The following variables came into question : The population's under consideration characteristics, a fill-out form utilized obstetric risks of childbirth in teens with precocious pregnancy, for record of the information itself.

More highlighted results are :

With respect to the characteristics of patients as to the age the 61 % had of 17-18 years. The 69 % came from the rural area. A 81 % belonged to been civilian free union. The 56 % had attained primary complete education. The 83 % had like occupation domestic chores. A 36 % they lived with father-in-laws. The 56 % presented normal weight. The start of sexual relations in the 45 % went from 15-16 years. The 47 % had of 4-6 prenatal controls. In the 80,6 % the road of childbirth was the Cesarean operation.

In relation to the risks of precocious pregnancy, disproportion determined that the more frequent complication in the mother went with the 31 % cefalopélvica. The complication of the neo-born went with a 24 % the syndrome of respiratory difficulty.

**Key words:** Precocious pregnancy, obstetric complications, neo-births

## I. INTRODUCCION

La adolescencia es la etapa de la vida que constituye el periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. La duración de este periodo varía en función de cómo se hace el reconocimiento de la condición adulta en cada sociedad. Cuando se habla de límites de edad lo más aceptado es considerar que su comienzo es hacia los 12-13 años coincidiendo con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y que su final se sitúa alrededor de los 20 años cuando termina el crecimiento somático y, en teoría, se alcanza la maduración psicosocial.<sup>1</sup>

En los países desarrollados se reconoce a los adolescentes como grupo de población bien definido. Sin embargo, en las naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias.

En la adolescencia, se produce la adopción de un gran número de comportamiento negativos para la salud, que tienden a convertirse en hábitos que perduran durante el resto de la vida. Los comportamientos de riesgo no sólo expresan falta de información. La conducta tiene mucho que ver con cuestiones de autoimagen, identidad, presión grupal, sentimientos y emociones intensas y con la tendencia a tomar decisiones de forma impulsiva. Los comportamientos de riesgo se traducen no solamente en una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades en el futuro sino en problemas que sufren los propios adolescentes, como los accidentes, el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual.

El comportamiento sexual también se puede convertir en un comportamiento de riesgo. Las vivencias y actitudes en relación con la sexualidad de los adolescentes se relacionan con dilemas afectivos y de identidad que viven. A veces, los adolescentes se ven inmersos en actividades sexuales sin ser plenamente conscientes de sus implicaciones y sin haber clarificado sus sentimientos ante ellas. Las

---

1. .R. Loayssa<sup>1</sup>, I. Echagüe<sup>2</sup> La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud.

experiencias sexuales pueden ser para algunos adolescentes parte de la búsqueda de emociones y para otros una forma de escapar a la soledad y a la depresión. Además subestiman la posibilidad de quedarse embarazadas; entre las que se quedan embarazadas existen una serie de factores causales como son la violencia familiar, el fracaso escolar y, sobre todo, una baja autoestima. El embarazo puede despertar sentimientos ambivalentes en la adolescente y puede ser parte de una respuesta maladaptativa que intenta de ese modo resolver dilemas psicológicos, como adquirir independencia de sus padres o ligarse emocionalmente a su compañero/novio.

Cuando hablamos de embarazo en la adolescencia nos referimos a la totalidad de embarazos ocurridos en muchachas a una edad cuando aún no son adultas. La fecundidad adolescente constituye en la mayoría de los casos un problema de salud materno-infantil, con consecuencias en los niveles biológicos, psicológicos y sociales lo mismo para la madre, el niño, el padre, sus familias y la sociedad, ya que aún no están aptas para dedicarse a la maternidad.

Mundialmente hay un crecimiento poblacional desmesurado, particularmente en Latinoamérica, donde el incremento de la reproducción se ve más frecuente en mujeres jóvenes, económicamente comprometidas y dependientes.

En los Estados Unidos, de un millón de embarazos entre adolescentes cada año, aproximadamente medio millón resultan en nacimientos vivos y estos embarazos están expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos.

En un estudio comparativo entre embarazadas adolescentes y adultas realizado en Brasil, se encontró en las primeras una gran proporción de partos quirúrgicos, instrumentados, toxemia, anemia, hemorragia e infecciones posparto.

*Casper* considera que la interacción familiar puede ser efectiva con los adolescentes para el uso del contraceptivo o selección del aborto, pero no de su actividad sexual; por lo tanto para la prevención del embarazo influyen la religión, educación, edad del adolescente y el ingreso familiar.

Actualmente, la atención prenatal no sólo se circunscribe a la evaluación

del crecimiento y maduración fetal mediante la exploración obstétrica, sino a la valoración de la evolución materna a través del examen físico.

Teniendo en cuenta la repercusión biológica y social que sobre la madre tiene el embarazo en la adolescencia, y para cumplir con los objetivos de esta investigación se decidió realizar este trabajo para conocer los riesgos en la salud de las adolescentes, en pacientes atendidas en el área de Ginecoobstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

## II. JUSTIFICACION

En la actualidad y a escala mundial, el embarazo ocurre a edades más tempranas que en el pasado, como lo demuestran numerosos trabajos científicos desde hace décadas, y Ecuador no se escapa de esta realidad.

Durante el paso de la niñez a la adolescencia, el ser humano experimenta transformaciones de gran significación, por lo cual este representa un período crucial en su evolución biológica y psicológica, además de suponer una modificación sustancial en su relación con el medio social.

Por otra parte, la evaluación de la madurez biológica, psicológica y social, se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquia lo que favorece a las adolescentes ser madres en edades muy precoces. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse hacia edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere una adolescente para llegar a ser autovalente.

Tradicionalmente se ha asociado la maternidad precoz con un mayor riesgo de complicaciones del embarazo y del parto. De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional.

La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 años, los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la

nutrición insuficiente, entre otros, determinan elevación de la morbilidad y mortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades maternas más avanzadas.

Se ha observado que la falta de control prenatal, habitual en la adolescente, es lo que incrementa el riesgo de complicaciones tanto en la madre como en el niño.

Por otro lado, el embarazo en la adolescencia se debe considerar un problema, no sólo relacionado con los resultados perinatales, sino por todas las implicaciones psicosociales que la maternidad trae aparejada a esta edad y que repercutirán en la joven determinando el cuidado que pueda darle a su hijo y en sus posibilidades de desarrollo personal.

En vista que las complicaciones del embarazo en adolescentes hacen peligrar la vida de las mujeres menores de 20 años y de sus hijos, se considera que la realización de este estudio tiene la importancia necesaria por no existir trabajos en los cuales se refleje esta condición de un grupo de población que esta expuesta a cambios que ponen en peligro su futuro y que además desestabilizan la estructura familiar. La población de estudio son las pacientes que acuden al Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo para ser atendidos sus partos de junio a noviembre del 2006, siendo el estudio de importancia para la población de profesionales del Hospital de Portoviejo, para los padres de familia, centros educativos, como para la población en general, más aún que este sirva como aporte para la realización de estudios posteriores.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS define a la adolescencia como el período de vida que transcurre entre los 10 y los 19 años, pero es obvio que los problemas de este grupo humano varían en dependencia de múltiples factores.<sup>2</sup>

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 1 000 millones, y en los países en desarrollo una de cada cuatro personas está en la adolescencia, a diferencia de una de cada siete en los países desarrollados. El embarazo a edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial.

El embarazo precoz se ha reducido en la última década en América Latina, sin embargo, estos descensos no han sido de igual magnitud en todos los grupos étnicos, ni en todos los países. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) cada año 15 millones de adolescentes dan a luz en el mundo, cifra que representa poco más del 10% del total de nacimientos, a la vez que señala que el embarazo temprano es la principal causa de muerte en mujeres de entre 15 y 19 años de edad.<sup>3</sup>

La tasa de maternidad entre las mujeres de menos de 18 años varía de 1 % en Japón a 53 en Nigeria. Entre el 25 y el 50 % de los embarazos de las madres adolescentes corresponden a América Latina, del 10 al 30 % a África del Norte y a Medio Oriente, y del 40 al 60 % a los países de África Subsahariana o Asia, así como Ghana, Kenia, Zimbabwe o las Filipinas.<sup>4</sup>

---

2.- Liliam Fernández, et. al. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Revista Cubana Obstetricia Ginecología* 2004; 30 (2).

3. Silvia Maglly Cimac. El embarazo precoz principal causa de muerte femenina en el mundo.

4. Oscar Soto Martínez, et. al, Embarazo en la adolescencia y factores sociodemográficos en Guantánamo en 1998.

En América Latina la tasa de maternidad en el grupo de 15 a 19 años fluctúa entre 60 y 130 nacimientos por 1.000. El número de hijos de adolescentes aumenta por el aumento del número de población adolescente; el grupo de mujeres de 15 a 19 años en América Latina subió desde 8 millones en 1950 a algo más de 22 millones a fines del siglo. Los nacimientos en madres menores de 20 años son alrededor de 15% con algunos países que superan el 18%. Así cada año 3'300.000 adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo.<sup>5</sup>

En Guatemala, 28 por ciento de las mujeres tiene su primer hijo antes de los 18 años, mientras que una de cada cinco menores de esa edad en México y Bolivia ha tenido ya un hijo. Colombia, Guatemala y Paraguay se mencionan entre las naciones donde la probabilidad actual de tener un hijo durante la adolescencia ha crecido respecto a la década del setenta. Mientras, en Brasil, 50 por ciento de los nacimientos de mujeres entre 15 y 19 años no son planificados.<sup>6</sup>

En nuestro país para 1994 habían 47.001 adolescentes embarazadas que representaba el 7.9% del total de adolescentes, mientras que para el año 1998 la cifra se había incrementado a 58.433 (9.8%), partiendo de estas cifras se calcula que para el 2006 en el país habrán 81.090 adolescentes que tienen que afrontar un embarazo.<sup>7</sup>

El fenómeno se vincula, directamente, con los factores económicos y, sobre todo, con el acceso a la educación y la información, aspectos que de ser asequibles ayudarían a promover un cambio favorable entre las personas con menos recursos.

Las jóvenes con bajos niveles educacionales y económicos tienen menos oportunidades a su favor, en vista que solo el 64% de las madres adolescentes terminan la escuela secundaria. En países como Estados Unidos el 75% de las madres adolescentes reciben asistencia social durante los 5 años posteriores al nacimiento de su primer hijo.

---

5. María Inés Romero. Embarazo en la Adolescencia.

6. Sara Más.- Maternidad temprana, ¿mal de pobres?

7. INEC

La gestación en las adolescentes está considerada como embarazo de alto riesgo tanto para ella como para el producto. Entre los factores que influyen en el riesgo obstétrico encontramos los relacionados con la pobreza, mala alimentación, mala salud antes del embarazo, aunado a un inadecuado control prenatal y no relacionado con la edad materna. Las adolescentes tienen malos hábitos de alimentación, a menudo fuman, beben alcohol, y consumen drogas aumentando el riesgo para sus bebés. Es menos probable que las adolescentes aumenten de peso durante el embarazo lo que ocasiona el nacimiento de un bebé de bajo peso.

Anualmente 3 millones de adolescentes contraen enfermedades de transmisión sexual, como sífilis (que puede provocar ceguera, y la muerte de la madre o del bebé), clamidia (que puede causar esterilidad,) Sida.

Las complicaciones en pacientes adolescentes son: Aborto, parto pretérmino, parto por cesárea, preeclampsia, enfermedades de transmisión sexual, parto prolongado, sufrimiento fetal, atonía uterina, desproporción cefalopélvica, recién nacido de bajo peso. Las principales complicaciones que afectan al neonato son: Ictericia, sepsis, malformaciones congénitas, síndrome de dificultad respiratoria, prematuridad.

Por lo antes citado nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuáles son los riesgos en la salud de la adolescente con embarazo precoz atendidas, en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo?

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL:**

Valorar los riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz, atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo de junio a noviembre del 2006.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 4.2.1. Identificar las características de la población en estudio.
- 4.2.2. Identificar el riesgo en la salud de las adolescentes con embarazo precoz.
- 4.2.3. Proponer medidas de prevención del embarazo en adolescentes.

## **V. MARCO TEORICO**

### **RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ**

#### *Generalidades*

Se denomina embarazo precoz a la gestación que ocurre durante la adolescencia en edades de 10-19 años, momento en el cual los jóvenes no reúnen las condiciones de madurez sexual y social para asumir con responsabilidad la crianza y educación de un hijo.

El embarazo a edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial, no sólo porque se encuentra asociado a trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo.

Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en las clases de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

Cada año dan a luz 17 millones de niñas, de estas 60.000 fallecen como consecuencia del parto, y hasta 4 millones de adolescentes tienen abortos, la mayoría de los cuales son peligrosos.<sup>8</sup>

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos.

---

8. IBIDEM

Se ha observado que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años.

### ***Incidencia***

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) informa que aproximadamente cada año 15 millones de adolescentes dan a luz en el mundo. La tasa de maternidad entre las mujeres de menos de 18 años varía de 1 % en Japón a 53 en Nigeria. Entre el 25 y el 50 % de los embarazos de las madres adolescentes corresponden a América Latina.<sup>9</sup>

Si bien los índices de embarazos en adolescentes registrados en EE.UU. han declinado desde 1991, siguen siendo altos y superan a los de la mayoría de los países desarrollados. En 1997, casi el 13 por ciento de todos los nacimientos en EE.UU. correspondió a madres adolescentes entre los 15 y los 19 años. Casi un millón de adolescentes quedan embarazadas por año y alrededor de 485.000 dan a luz.<sup>10</sup>

El índice de nacimientos correspondientes a madres adolescentes está declinando. Entre 1991 y 1998, cayó un 18 por ciento (de 62,1 a 51,1 por cada 1.000 mujeres). Sin embargo, en 1998 (el último año del que se dispone de datos estadísticos), alrededor de 5 adolescentes de cada 100 tuvieron un bebé.

Como ya se citó anteriormente en nuestro país los embarazos en adolescentes para el 2006 se calculan en aproximadamente 81.090, haciéndose necesario tomar medidas que prevengan el embarazo precoz en vista de las complicaciones que pueden perjudicar tanto la salud de la madre y su bebé. Sumados a estas complicaciones encontramos aspectos que se relacionan con la vida de la adolescente, como la deserción de la escuela, falta de trabajo, ser madres solteras o casadas cuyos esposos por encontrarse en la misma etapa de crecimiento de ellas

---

9. Oscar Soto Martínez. Embarazo en la adolescencia y factores sociodemográficos en Guantánamo en 1998.

10. El embarazo en las adolescentes.

rehúyen la responsabilidad de un hijo.

## **CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

Para las jóvenes que apenas han llegado a la vida adulta, los riesgos de la procreación no terminan con el parto. En comparación con las mujeres que postergan la procreación hasta ya cumplidos los 20 años, las que tienen el primer hijo antes de

los 20 años tienen más probabilidad de:

- Recibir menos educación,
- Tener menos posibilidades de empleo y menores ingresos,
- Divorciarse o separarse de su compañero, y
- Vivir en la pobreza.

*Consecuencias educativas.*- Las jóvenes que comienzan a tener hijos temprano tienen menos escolaridad que las mujeres que postergan la procreación hasta haber cumplido los 20 años. En los países en desarrollo las escolares que quedan embarazadas rara vez retornan a la escuela, estén casadas o no. En la mayoría de los países las escuelas expulsan habitualmente a las jóvenes que quedan embarazadas. Muchas jóvenes se arriesgan a tener un aborto peligroso para no tener que dejar la escuela. Si bien algunos países están modificando las medidas de expulsión de las escolares embarazadas, en su mayoría las jóvenes no pueden retornar a la escuela después de dar a luz porque deben cuidar a sus hijos. Lamentablemente, en la mayoría de los países no hay programas que ayuden a la madre a culminar con sus estudios, sabiendo que este viene a crear oportunidades para el futuro.

*Consecuencias económicas.* Debido a las transformaciones sociales y económicas que atraviesa todo el mundo en desarrollo, las consecuencias económicas de la paternidad temprana suelen ser ahora más extremas y de larga duración que en el pasado. En forma creciente, las mujeres y hombres jóvenes encuentran que necesitan tener empleos remunerados y la preparación necesaria para obtenerlos.

Cuando las mujeres jóvenes tienen escasa oportunidad de avanzar económicamente, como en las zonas rurales de muchos países en desarrollo, la procreación temprana tal vez no empeore las ya deficientes perspectivas económicas de las jóvenes. Pero casi todas las zonas urbanas ofrecen a una joven alguna oportunidad de trabajo remunerado si ella tiene la capacitación necesaria. En las ciudades una mujer que ha tenido un hijo antes de los 20 años puede sufrir las mismas dificultades económicas que sus homólogas de los países desarrollados, en gran parte porque su educación ha quedado interrumpida. En la relación entre la pobreza y la paternidad precoz, la causalidad parece ir en ambos sentidos. Las mujeres más pobres son las que más tienden a tener hijos cuando son jóvenes, y las que tienen hijos de jóvenes también tienden a quedarse en la pobreza. En el extremo, muchas jóvenes madres no casadas se ven forzadas a practicar el comercio sexual para que ellas y sus hijos puedan mantenerse.

En la mayor parte de los países en desarrollo se toman pocas medidas legales para obligar al padre a proporcionar sostén financiero a la madre y la criatura. Aun en los países donde existe una orden legal, como en los Estados Unidos, su aplicación puede ser irregular o ineficaz.

**Costos sociales.** Especialmente cuando la familia no brinda sostén económico a los jóvenes padres y la criatura, la procreación temprana impone un gravamen a la sociedad. Este gravamen, raramente cuantificado, incluye la productividad perdida de jóvenes subeducados y empobrecidos que se convierten en padres demasiado pronto, especialmente las madres solteras, y los gastos del gobierno. Aunque los costos de la asistencia pública tal vez no sean tan grandes en la mayoría de los demás países, los costos de la atención sanitaria de las jóvenes madres y sus hijos puede representar una parte considerable de los gastos de la asistencia sanitaria y social.

Varios estudios realizados en diferentes países, han demostrado resultados similares en cuanto a los diferentes parámetros analizados así:

La investigación realizada en el Hospital materno-infantil Germán Urquidi de Cochabamba, Bolivia en 1995 reportó que según la procedencia el 84% de

las pacientes correspondía al área urbana y el 16% al área rural. Con respecto al estado civil los resultados de los diferentes estudios no coinciden ya que para el estudio realizado por Oscar Soto en el Policlínico Emilio Dadinot<sup>11</sup> de Cuba, el embarazo precoz se da con mayor frecuencia en las adolescentes que están casadas, mientras que los resultados de la investigación realizada por Angel Maida del Hospital Materno Infantil Germán Urquidi de Cochabamba – Bolivia manifiesta que este es más frecuente en las solteras y en aquellas que tienen unión libre. Además se ha logrado demostrar que independientemente del estado civil la adolescente convive con sus padres o los de su pareja.<sup>12</sup>

En lo relacionado con la escolaridad de las pacientes según Daudinot el mayor porcentaje de adolescentes se encontraban en aquellas con nivel secundario y superior, demostrando que al menos en este grupo las adolescentes que se embarazan no desertan. Los resultados del estudio de Bolivia reporta que el 41.3% no tienen educación o han cursado algún grado del ciclo básico y un 58.7% tiene estudios secundarios u otros. Muchos de los adolescentes se ven en la obligación de dejar los estudios por varias razones: problemas económicos, familiares; como el abandono del padre y la separación de la pareja. Entre los factores que se relacionan directamente con el embarazo se manifestaron la vergüenza, y las complicaciones obstétricas, así como los obstáculos que ponen los colegios, además de asumir la responsabilidad de cuidar al hijo.

La investigación realizada por CEPAL (en América Latina y el Caribe) detectó que existe relación entre un mayor educacional y una menor probabilidad de ser madres adolescentes. Una educación secundaria completa actúa como blindaje poderoso, aunque no infalible, contra la maternidad adolescente.<sup>13</sup>

El carecer de la educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo, por lo

---

11. Ibidem

12. Ibidem

13. Ibidem

que en estos casos es común que dependa económicamente de su familia.

En cuanto al grado de educación de los padres se ha comprobado que a menor educación de los padres mayor es la deserción escolar de los hijos.

Al referirse a la ocupación de la madre el primer estudio logró determinar que el 62.2% desempeñaba labor doméstica, un 27% estudiaba y un 10% trabajaba. Otro estudio realizado en Cuba en el Policlínico comunitario Bayamo Oeste, pudo demostrar que el 65.6% de las adolescentes tenían como labor las actividades Domésticas, siendo este grupo el más expuesto a salir embarazadas prematuramente.<sup>14</sup>

Las relaciones sexuales se inician a los 18.1 años de edad, promedio, en el mundo. Si particularizamos podremos decir que en Estados Unidos es a los 16.4 años, Brasil a los 16 y medio, Francia a los 16.8 y Alemania a los 16.9; en tanto que para los chinos es a los 21.9 y los taiwaneses a los 21.4. En México, la primera relación sexual se da a los 18.3 años, y siendo aun más minuciosos encontramos que los varones lo hacen a los 17.6 años, en tanto que las mujeres a los 18.6 años.<sup>15</sup>

Las necesidades nutricionales de la joven dependen del desarrollo adolescente y sus cambios fisiológicos, como también de la presencia de embarazo o lactancia. Los riesgos alimentarios se incrementan durante la gestación, pudiendo cursar con anemia y otras carencias específicas, que colocan a la joven en peligro tanto para su embarazo como para su crecimiento, y gravita negativamente sobre el estado de nutrición materno-fetal, con riesgos de parto prematuro, bajo peso al nacer y anemia ferropénica en el primer año de vida.

La ganancia de peso materno y fetal varía significativamente durante el embarazo. En el primer trimestre ocurre la organogénesis fetal con un crecimiento mínimo y se pueden observar los efectos teratogénicos sobre el feto. En el segundo trimestre la

---

14. Dra. Angela Vázquez et al., Repercusión materna del embarazo precoz. Revista Cubana Obstetricia y ginecología 1995; 21 (1); Facultad de Ciencias Médicas Filial Bayazo.

15. IBIDEM

velocidad del crecimiento fetal es mucho mayor y puede estar influenciada por la nutrición materna. La ganancia de peso fetal entre las semanas 14 y 28 es 12 veces mayor.

Una deficiente ganancia de peso materno en el segundo semestre se asocia a un riesgo dos veces mayor de retardo en el crecimiento intrauterino, aunque la contribución del crecimiento fetal a la ganancia de peso materno sea mínima. En el tercer trimestre el feto cuadruplica su masa grasa.

Las adolescentes embarazadas especialmente aquellas que viven en comunidades deprimidas, debido a la pobreza y a la falta de una buena educación y consejería, son vulnerables para desarrollar deficiencias nutricionales que pueden conducir al agotamiento en los depósitos de nutrientes esenciales, la adquisición de pobres hábitos dietéticos y un inadecuado control prenatal.

Siendo el control prenatal el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, es de suma importancia que toda mujer embarazada lo realice ya que mediante este, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc).

Entre las madres de todas las edades, las adolescentes componen el grupo en el

que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular. En 1997, el 7.2% de las madres de entre 15 y 19 años de edad comenzó a recibir atención prenatal en una etapa avanzada o no tuvo supervisión médica alguna. Esta conducta se presenta con mayor frecuencia en los países en desarrollo, más aún cuando se considera al parto como algo normal para las jóvenes y que por lo tanto no requiere atención médica.

La vía del parto esta dada por las condiciones del desarrollo incompleto de la pelvis materna, lo que determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; aumentando los partos operatorios como con fórceps y cesáreas.

El estudio realizado en Bolivia manifestó que en un considerable número de pacientes se hizo presente la distocia y que en su mayor parte terminaron en cesáreas. Resultados que coinciden con el estudio realizado en el Hospital Provincial Docente Carlos Manuel de Céspedes en Cuba en el año 1997, que fueron cesáreas.<sup>16</sup>

Existen muchos factores que intervienen en el parto prematuro y dentro de estos se encuentra el bajo peso al nacer que representa el 9% de todos los nacimientos, más aún cuando la madre es adolescente y menor de 15 años, ya que a esta edad la joven tiene hábitos como el cigarrillo, el trabajo pesado fuera de casa, además de las alteraciones ocurridas durante la gestación.

El trabajo realizado por la Dra. Susana Fernández realizado en el Hospital Julio Trigo López de Cuba, dio como resultado que el 83% de los recién nacidos alcanzaron las 37-41 semanas de vida intrauterina, el 12% menos de 37 semanas y el 5% 42 semanas o más.

---

16. Dra. Angela Vásquez Márquez, et al., Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología 2001: 27 (2) 158-64

## COMPLICACIONES DEL PARTO

Las complicaciones pueden ser maternas o fetales.

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto que de forma reducida se puede clasificar por periodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro y la rotura prematura de las membranas ovulares.

### *Complicaciones maternas:*

**Preeclampsia.-** Se caracteriza por un desorden de etiología desconocida que se caracteriza por una excesiva retención de líquido extracelular. Estas alteraciones se manifiestan por edema, proteinuria e hipertensión. Casi siempre se encuentran los tres síntomas pero el más importante es el último de ellos para el diagnóstico. Se presenta después de la vigésima semana de la gestación y en la forma grave, puede culminar en convulsiones o coma. Se presenta generalmente en las primigestas y se observa con mayor frecuencia en las edades extremas de la vida reproductiva, menos de 20 años y mayores de 35 años.

Al no ser tratada puede causar insuficiencia cardíaca o ataque apoplético y resultar en la muerte de la madre y el niño. La hipertensión representa una gran proporción de defunciones maternas.

**Eclampsia.-** Es la presencia de convulsiones tónico-clónicas en una gestante con el diagnóstico de preeclampsia y que dichas convulsiones no sean el efecto de alguna alteración neurológica tales como epilepsia o hemorragia cerebral. Cuando no se detecta precozmente o no se trata adecuadamente, la paciente puede presentar algunos síntomas que indican la agravación del cuadro clínico. Los principales son: cefalea intensa, global y persistente, visión borrosa, escotomas, epigastralgia, náuseas y vómito, irritabilidad, cianosis y edema pulmonar. Se ha visto que

aproximadamente en la mitad de los casos, la convulsión tiene lugar antes de iniciarse el trabajo de parto, el resto se reparte proporcionalmente durante el parto y el puerperio.

La primera fase de la convulsión es de tipo tónico seguida de manifestaciones clónicas. Ambas se presentan en forma brusca y la embarazada puede sufrir traumas craneanos por el golpe. Después de la crisis convulsiva se presenta un estado depresivo con la respiración difícil, cianosis y sialorrea durante la fase clónica puede haber lesión de la lengua con la consiguiente hemorragia. El número de convulsiones tiene una relación directa con la mortalidad materna y perinatal y a medida que se repiten las crisis, aumenta la posibilidad de una hemorragia cerebral y de la muerte del feto.

***Distocia.***- Hace referencia al parto anormal, debido a la falta de potencia expulsiva por parte del útero, obstrucción o contracción del canal del parto y anomalías en el tamaño, posición o forma del feto.

***Disfunción hipotónica.***- Se caracteriza por contracciones uterinas de baja intensidad (15 mm Hg), y poca frecuencia pero con un tono uterino basal normal; puede equipararse a lo que se ha llamado inercia uterina primaria. El trabajo de parto se prolonga hasta tal punto que si no se interviene oportunamente, la madre y el feto se verán afectados; la madre entra en un periodo de agotamiento físico y psicológico que se manifiesta por aceleración del pulso y signos de deshidratación. En el feto puede apreciarse sufrimiento y hasta la muerte. Entre las causas se encuentra desarrollo atípico de la musculatura uterina, sobredistensión uterina por gestación múltiple o hidramnios, sucesión demasiado rápida de los embarazos, administración excesiva y precoz de analgesia.

***Inercia uterina secundaria*** – En algunos casos de hipertonia uterina por desproporción cefalopélvica en vez de ocurrir la evolución hacia una tetania uterina con o sin inminencia de ruptura, pueden hacerse las contracciones cada vez más débiles y espaciadas y aún suspenderse. Para ese entonces es frecuente encontrar signos físicos de agotamiento materno. Al contrario de la inercia primaria que se

presenta en la fase latente, ésta se observa en la fase activa del trabajo de parto. Para su tratamiento es necesario hacer primero una evaluación del canal del parto, pelvis, tejidos blandos y evaluar el tamaño, posición y situación del feto para hacer el diagnóstico y proceder en consecuencia. Mientras tanto se aprovecha para atender a la recuperación de las condiciones físicas de la madre con el suministro de soluciones intravenosas de líquidos, electrolitos, glucosa, reposo y soporte psicológico; y de oxígeno para la recuperación del feto.

Si la evaluación así lo indica puede recurrirse al estímulo de las contracciones con oxitocina en solución diluida por vía intravenosa por goteo, con vigilancia muy cuidadosa de las contracciones uterinas, los ruidos cardiacos y fetales y el progreso del parto.

***Desproporción cefalopélvica.***- Se habla de desproporción cefalopélvica cuando hay una disparidad entre el tamaño de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que puede retrasar o prevenir el parto vaginal. En algunos casos sino puede practicarse la cesárea el útero de la mujer se desgarrará y mueren tanto la madre como el niño. La desproporción cefalopélvica es común en las mujeres jóvenes cuyo crecimiento pelviano no se ha completado y en las mujeres de baja estatura en las que la malnutrición les ha frenado el crecimiento. Con el trabajo de parto prolongado relacionado con la desproporción cefalopelviana aumenta el riesgo de fístula. En algunos países de Africa las lesiones fistulosas se producen más comúnmente en las mujeres menores de 20 años, y la distocia por obstáculo mecánico es la causa de la mayor parte de estas lesiones.

***Hemorragia.***- El desgarro es una de las principales causas de hemorragia postparto. Pueden ocurrir como consecuencia de un parto precipitado, expulsivo mal conducido, tamaño exagerado del feto, tejidos rígidos, aplicación de incorrecta de fórceps, o por el desarrollo incompleto del aparato genital en madres adolescentes ya que el canal blando presenta estrechez. Se localizan principalmente en el cuello, en la vagina o en el perineo. Se deben sospechar cuando el útero se encuentra bien contraído después de la expulsión de la placenta y el sangrado por vagina es significativo.

El desgarro vaginal se produce cuando no se conduce bien el expulsivo en un parto espontáneo, la episiotomía es insuficiente para el grado de rigidez de los tejidos o el tamaño del feto o se aplica incorrectamente el fórceps, especialmente cuando se hacen rotaciones. En el momento de revisar el canal del parto se hace el diagnóstico.

***Ruptura uterina.***- Es una complicación grave que puede ocurrir durante el embarazo, el trabajo de parto o en el periodo expulsivo. Puede presentarse en un útero intacto o con cicatrices previas.

Casi siempre se localiza en el segmento uterino inferior, ya sea en la cara anterior o en la posterior. Esta localización es más frecuente cuando el accidente ocurre durante el trabajo de parto y en el expulsivo, debido a la distensión del segmento inferior. Cuando ocurre durante la gestación tiene lugar en una cicatriz o en la región superior del segmento, en la unión con el cuerpo.

***Infección.***- Es una complicación que ocurre como una consecuencia tanto del parto como la cesárea. Se ha observado que las indicaciones maternas y fetales han aumentado como causas de cesárea intraparto y posiblemente la aplicación de elementos para la vigilancia electrónica fetal, sea el factor más importante para el incremento de las infecciones. Las principales causas son: el estado nutricional de la madre, la duración del trabajo de parto, el número de tactos vaginales, el estado de las membranas, la vigilancia electrónica por el método interno, la vía para la terminación del embarazo y los traumatismos durante el expulsivo.

Los anteriores factores pueden actuar independientemente o en forma combinada.

Varían de acuerdo con las patologías infecciosas que acompañen a la gestante y a las condiciones de la institución que presta el servicio.

Como en todas las infecciones, es necesario tener en cuenta la relación microorganismo huésped. La embarazada y la puerpera tienen unas características en cuanto a su flora vaginal. Ellas son las portadoras de los gérmenes que posteriormente le producirán la infección. La infección puerperal es de tipo endógeno y producida por diferentes microorganismos, ya sean aerobios, anaerobios,

gram positivos y negativos. El estreptococo anaerobio, el estafilococo, el clostridium y los coniformes son los patógenos que más frecuentemente se identifican como causantes de la infección.

***Sufrimiento fetal.***- Se identifica como una alteración del intercambio metabólico entre la madre y el feto que trae como consecuencia una hipoxemia, una acidosis, una hipercapnia y otra serie de disturbios homeostáticos en el feto.

Es difícil determinar con exactitud la frecuencia del sufrimiento fetal agudo intraparto. La cifra varía de acuerdo con los criterios que se tengan en cada centro obstétrico y según el método utilizado para hacer el diagnóstico.

El sufrimiento fetal se puede desencadenar por: distocia mecánica, distocia dinámica, alteración en la composición de la sangre, alteración en la calidad y en la cantidad de la sangre materno-fetal, alteración en la circulación sanguínea materno-fetal, circulares y nudos del cordón, lesiones de las vellosidades coriales.

El sufrimiento fetal crónico es el reflejo de una insuficiencia placentaria de igual evolución que se ha desarrollado durante el embarazo y tiene su origen en muchas enfermedades maternas. En estas condiciones la reserva de oxígeno del feto está disminuida y ésta difícilmente podrá soportar el estado de estrés intermitente que se presenta durante el trabajo de parto. Esta alteración se traduce en una acidosis metabólica crónica y primaria en el feto.

***Recién nacido de bajo peso.***- Se define como recién nacido de bajo peso a todo aquel cuyo peso en el momento del nacimiento sea inferior a 2.500 gm, independientemente de su edad gestacional.

Son muy variadas las causas de retardo del crecimiento intrauterino pero básicamente tienen que ver con tras grandes áreas del desarrollo fetal. La madre, la placenta y el feto mismo. En la primera categoría se consideran los problemas que alteran el flujo sanguíneo tales como: hipertensión crónica, la HIE, los procesos cardíacos y renales que alteran la mecánica vascular. El consumo de algunas drogas

especialmente la nicotina y probablemente el monóxido de carbono que resulta de la combustión del cigarrillo producen una menor llegada de oxígeno al feto.

La nutrición en sí es un importante elemento que debe considerarse.

**Anemia.**- Se define como anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 12 gm/dl o el hematocrito es menor de 35%.

La anemia es particularmente común entre las mujeres embarazadas, y las jóvenes embarazadas tienden más que las mujeres mayores a ser anémicas, incluso en los países desarrollados. Así por ejemplo en un análisis de 8 estudios clínicos realizados en los Estados Unidos se encontró que las mujeres embarazadas menores de 20 años tenían dos veces más probabilidades de ser anémica que las mujeres mayores. Los causales de esta anemia se la atribuye a las menstruaciones normales, una dieta que carece de hierro absorbible y otras enfermedades causan la mayor parte de la anemia. Para evitar la anemia en la adolescencia, los jóvenes necesitan dos veces más hierro que los adultos del mismo peso.

**Aborto.** En las adolescentes que no aceptan el embarazo por no considerarse preparadas para asumir una responsabilidad de ésta índole, ya sea porque no es un embarazo deseado o por cualquier otra circunstancia la joven suele practicarse un aborto. Así se calcula que de todos los embarazos espontáneos en aproximadamente el 30% de las jóvenes se presenta amenaza de aborto, y dentro de los diagnosticados el 15% termina en aborto dentro de las primeras 12 semanas.

## VI. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Caracteres que identifican a las pacientes con embarazo precoz	Se refiere a las características propias de cada paciente que los diferencia de los demás.	Edad	Porcentaje de pacientes por edad	Intervalo 13-14 15-16 17-18
		Procedencia	Porcentaje de pacientes según procedencia.	Urbano Urbano Marg. Rural
		Estado civil	Porcentaje de pacientes por estado civil	Casada Unión Libre Soltera
		Viven con	Porcentaje de pacientes por convivencia.	Padres Madre Suegros Solos
		Grado de instrucción	Porcentaje de pacientes por grado de instrucción	Primaria completa Primaria Incompleta
				Secundaria incompleta Secundaria completa
		Ocupación	Porcentaje de Pacientes por ocupación.	Labor doméstica Estudiante

		Estado nutricional de la adolescente	Porcentaje de pacientes por estado nutricional	Trabaja Bajo peso Normopeso Sobrepeso
		Hábitos	Porcentaje de pacientes por hábitos	Cafe Te Alcohol Café + tabaco Café + té Café + alcohol Café + tabaco Café + fármaco Ninguno
		Antecedentes Obstétricos	Porcentaje de Pacientes por inicio de relac. sexuales	11 -12 años 13-14 años 15-16 años 17-18 años
		Control prenatal	Porcentaje de pacientes por controles prenatales	1-3 controles 4-6 controles 7-9 controles 10-12 controles
		Vía del parto	Porcentaje de pacientes según vía del parto	Eutócico Instrumentado Cesárea
		Tiempo gestacional	Porcentaje de pacientes por tiempo	< de 28 sem. 28-36 semanas 37-41 semanas

<p>Riesgo obstétrico del parto en adolescentes con embarazo precoz.</p>	<p>Enfermedad o lesión que aparece durante el parto..</p>	<p>Complicación obstétrica</p>	<p>gestacional Porcentaje de pacientes según complicación.</p>	<p>42 semanas Pre-eclampsia Eclampsia Distocia Hemorragia Septicemia Sufrimiento fetal Parto pretérmino Parto prolongado Recién nacido bajo peso</p>
				<p>Anemia Desproporción cefalopélvica R.P.M. Presentación podálica Parto por cesárea ant. Desgarro uterino Condilomatosis Estrechez pélvica Placenta previa Dilatación est. Embarazo Gem Desgarro perin</p>

				Doble circular de cordón.
		Complicación neonatal	Porcentaje de pacientes por complicación neonatal	Malformación congénita S.D.R. Prematurez S.A.M.

## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO**

El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo. Descriptivo porque a través de este se conocerán las complicaciones del embarazo en las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Prospectivo porque se estudiaron los hechos como van ocurriendo desde junio a noviembre del 2006.

### **AREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

### **UNIVERSO Y POBLACION DE ESTUDIO**

El universo estuvo constituido por las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo a quienes se les atendió el parto.

La población de estudio estuvo formada 108 pacientes adolescentes con embarazo precoz que acudieron al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

### **UNIDAD DE OBSERVACION**

La unidad de observación fueron las pacientes que presentaron complicaciones con el embarazo.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Se incluyeron todas las pacientes que presenten complicaciones con el parto.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Se excluyeron las historias clínicas que no tengan información necesaria para el estudio.

## **TIPO DE MUESTREO**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

## **TECNICAS E INSTRUMENTOS**

La información se la obtuvo a través de Fuente primaria como son las encuestas directas a las pacientes.

Fuente secundaria como las historias clínicas de las pacientes.

## **PROCEDIMIENTOS**

Para la recolección de la información se aplicó la encuesta, un formulario (Anexo A) elaborado para establecer las características epidemiológicas, factores de riesgo, antecedentes obstétricos, complicaciones de la madre y neonatales.

## **PLAN DE TABULACIÓN**

Los datos fueron obtenidos y luego ingresados al programa Excell.

## **ANÁLISIS DE DATOS:**

El análisis se realizó utilizando estadística descriptiva: frecuencias, porcentaje, razones, promedios.

## **RECURSOS**

### **Recursos humanos:**

- Egresado de medicina responsable del estudio
- Miembros del Tribunal de Tesis
- Pacientes con factores de riesgo para la salud de las adolescentes con embarazo precoz

**Recursos materiales:**

- Computadora
- Materiales de oficina
- Encuesta de los pacientes
- Libros
- Internet
- Copias
- Transporte.

**Recursos institucionales:**

- Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

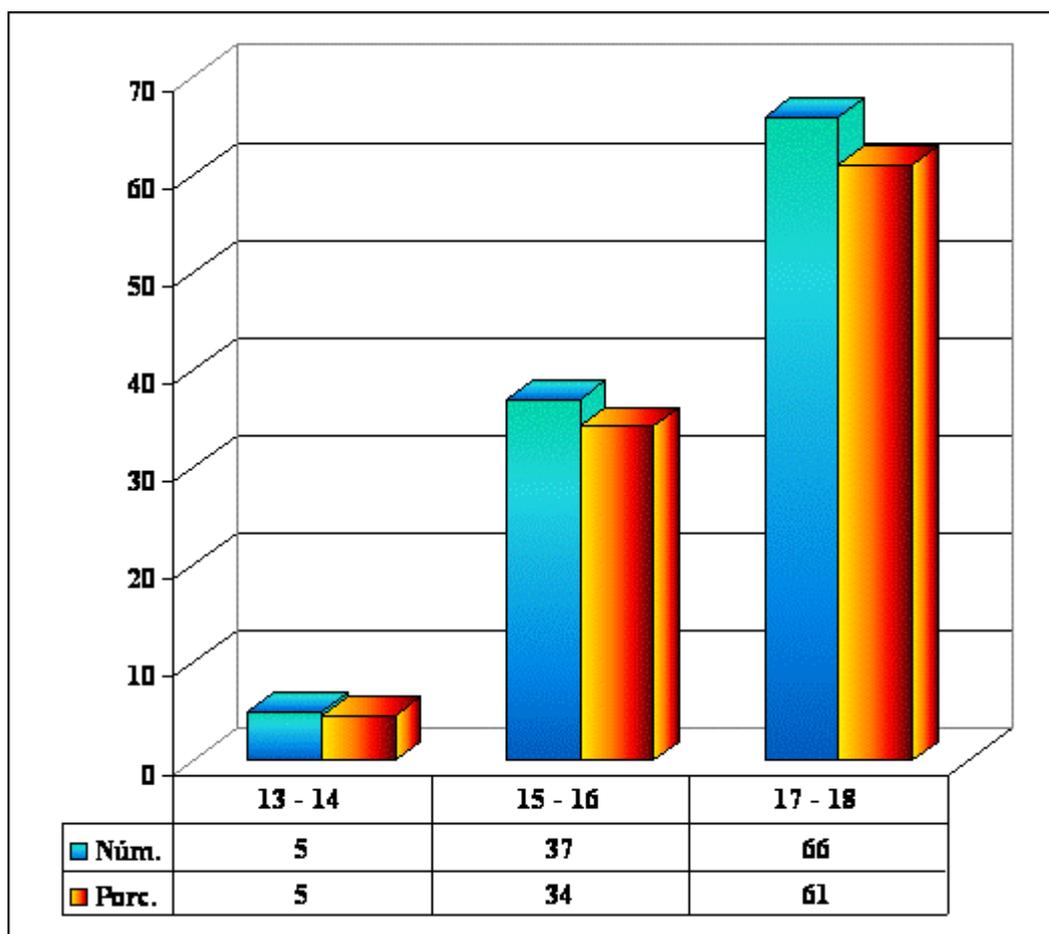
**Recursos económicos:**

Los gastos que genere la investigación son solventados por el investigador.

## VIII. RESULTADOS ESTADISTICOS

### GRAFITABLA 1

**RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON  
EMBARAZO PRECOZ  
SEGÚN EDAD  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO  
JUNIO - NOVIEMBRE 2006**



F.I. Formulario

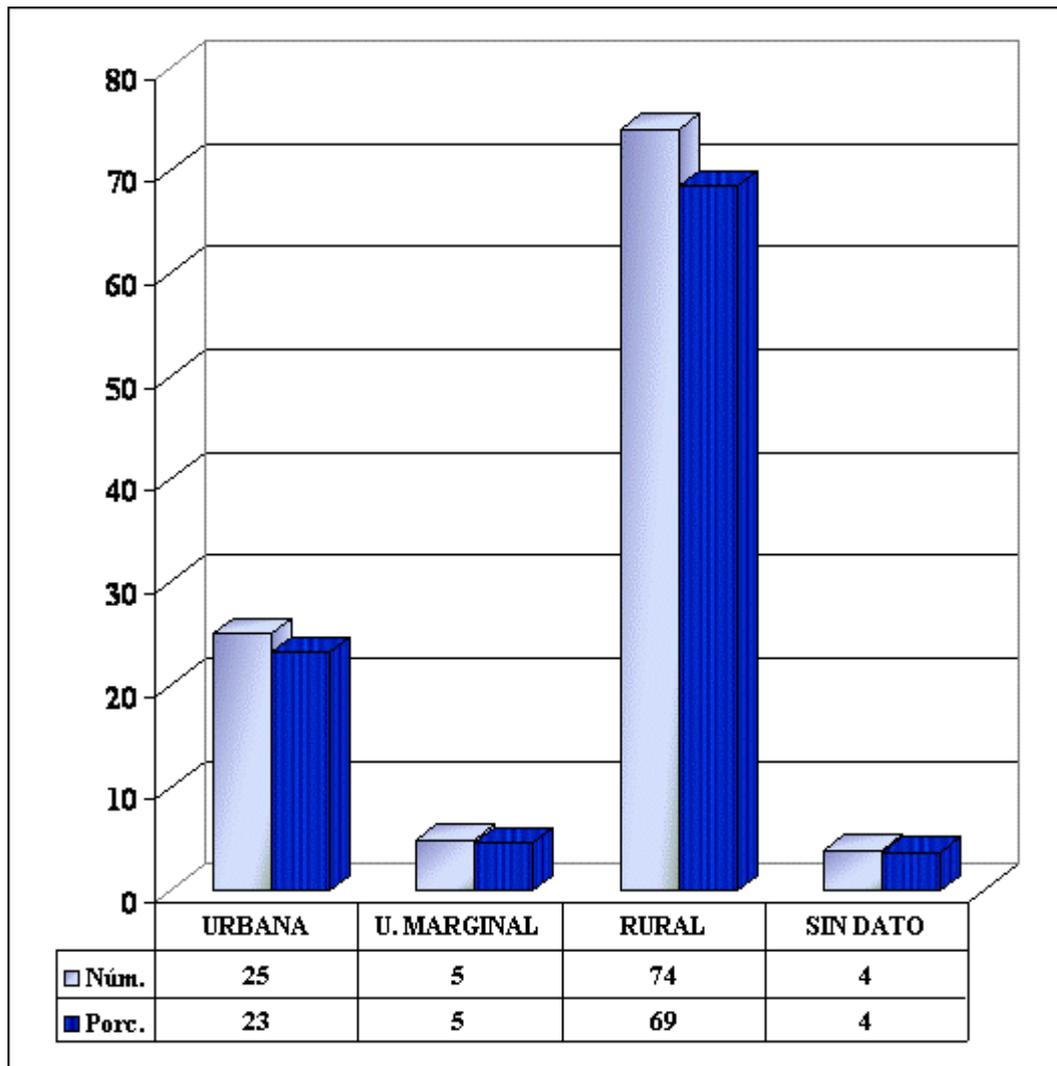
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

La grafitabla nos permite observar que de la población estudiada el 5% correspondió a adolescentes de 13-14 años, el 34% al grupo de edad de 15-16 años y con el 61% las que tenían entre 17 y 18 años. Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento está el adelanto de la edad de la menarquia. En el último siglo, la menarquia se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12. Así las adolescentes son fértiles a una menor edad, lo que conduce a un ejercicio temprano de la sexualidad.

## GRAFITABLA 2

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ SEGÚN PROCEDENCIA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

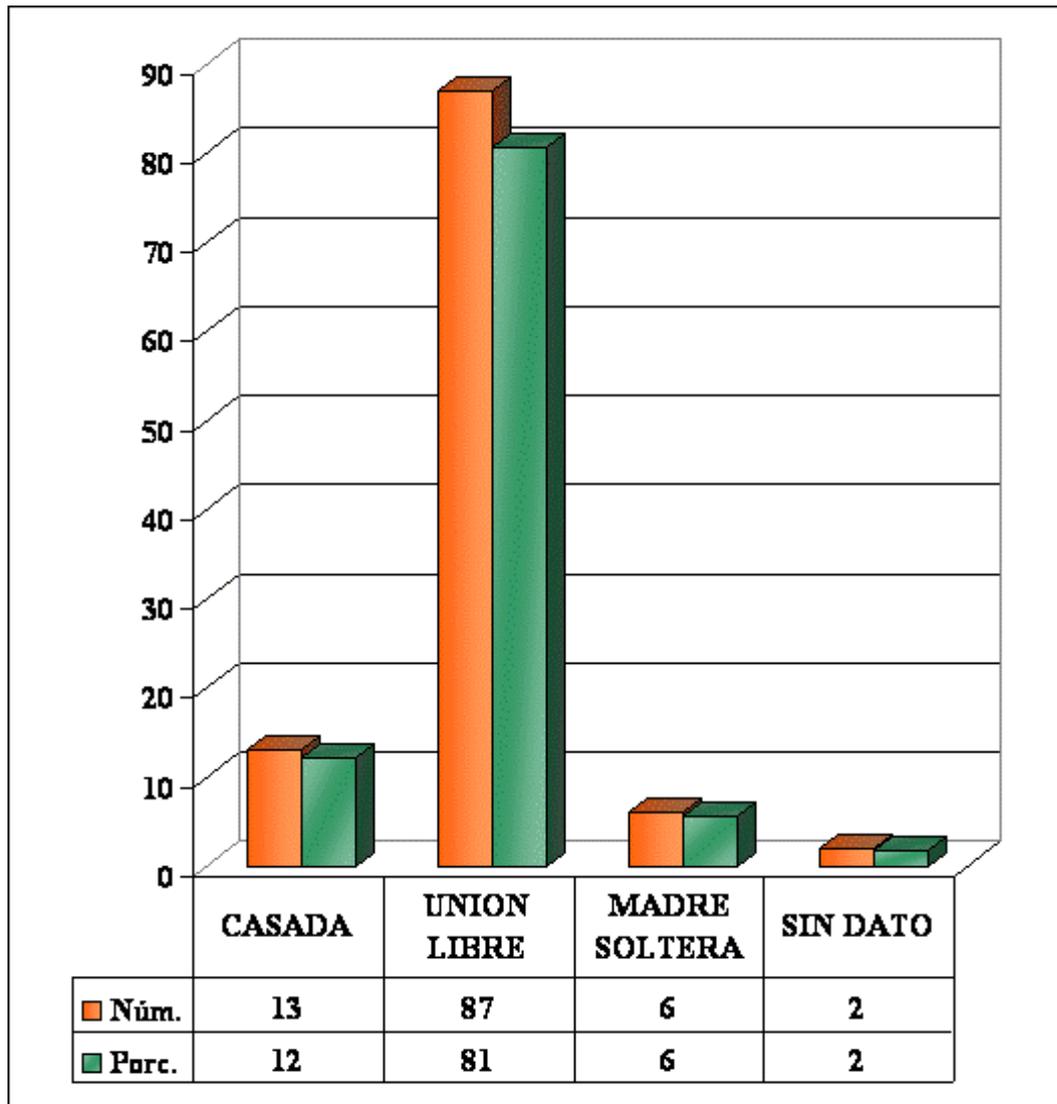
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

Los resultados demuestran que la población estudiada más afectada resultó ser la que provenía del área rural con el 69%, del área urbana correspondió el 23% y de la urbana marginal el 5%. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en los que se menciona que el mayor porcentaje de pacientes provienen del área rural, en vista que estas son zonas que ofrecen pocas oportunidades para que la mujer se supere y tenga aspiraciones de una mejor educación y trabajo, por lo que la procreación temprana no empeoraría las ya deficientes perspectivas económicas.

### GRAFITABLA 3

**RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ SEGÚN ESTADO CIVIL  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO  
JUNIO - NOVIEMBRE 2006**



F.I. Formulario

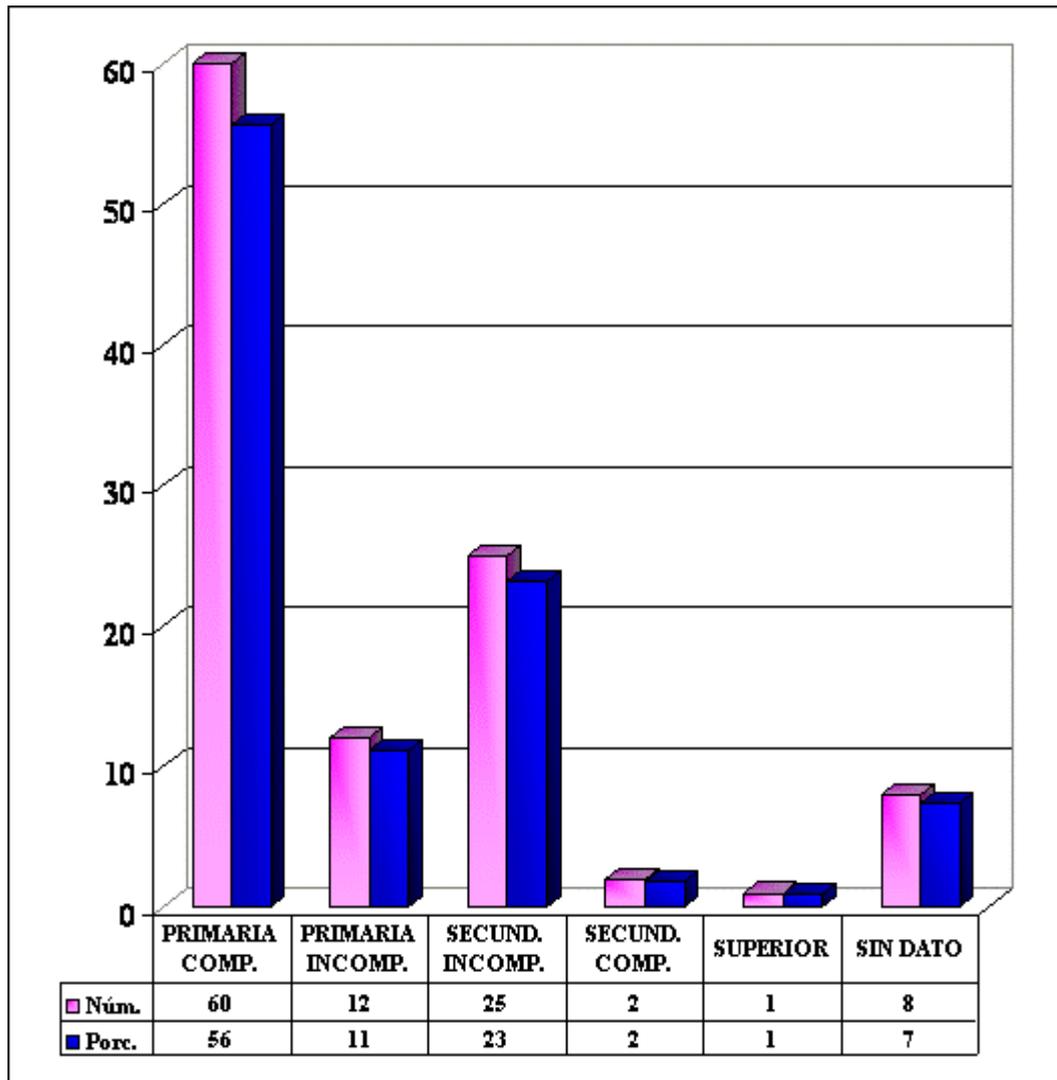
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

Como se puede apreciar el 81% de las adolescentes tenía como estado civil la unión libre, el 12% eran casadas, el 6% madre soltera. Los resultados presentados coinciden con ciertos estudios en los que se ha demostrado que el embarazo en adolescentes es más frecuente en aquellas que tienen unión libre o en las solteras, mientras que otros estudios han logrado demostrar que es más frecuente entre las adolescentes casadas

## GRAFITABLA 4

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

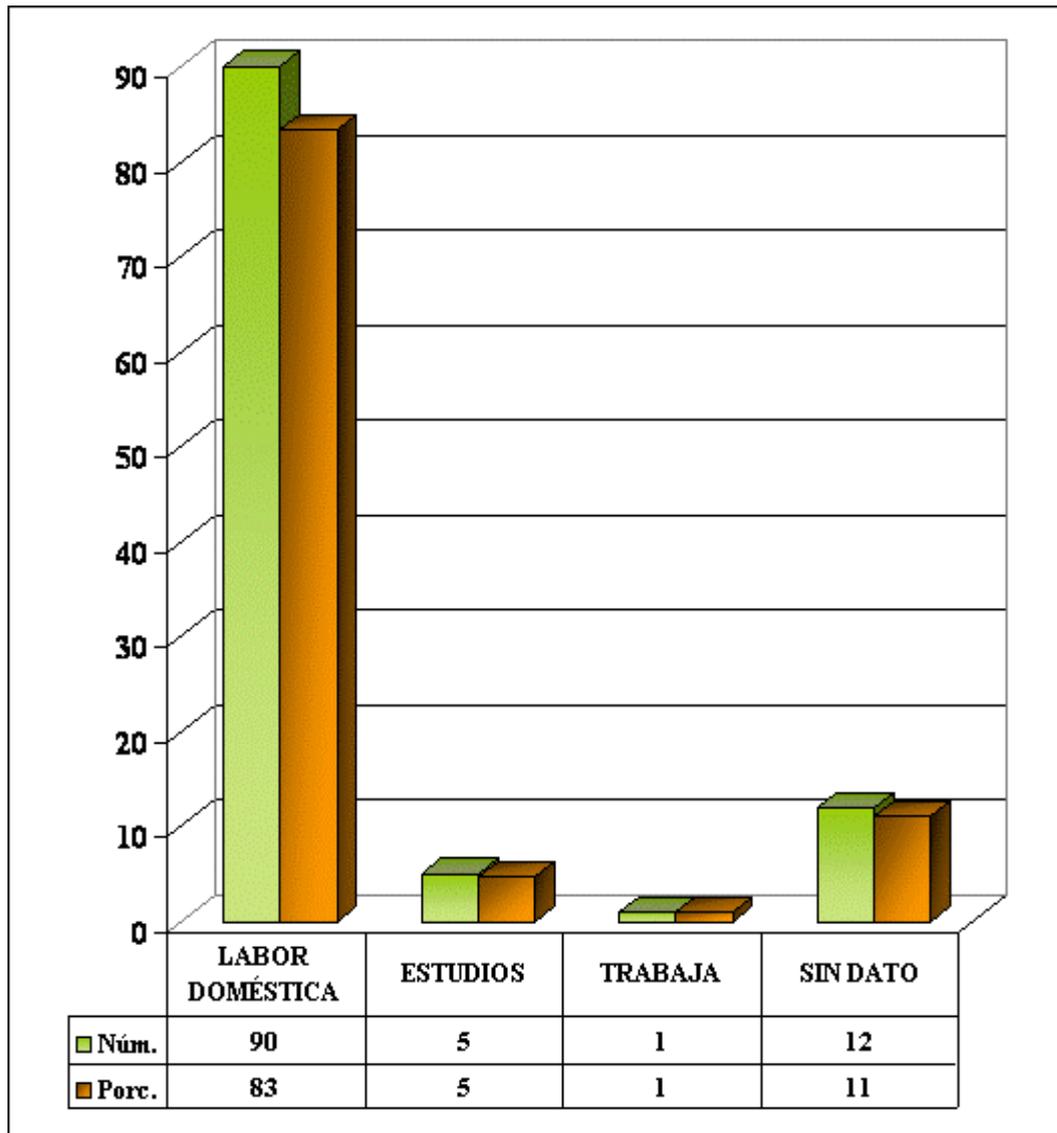
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

Al analizar el grado de instrucción se logra determinar que el 56% de la población en estudio tiene primaria completa, el 23% secundaria incompleta, un 11% primaria incompleta, 2% secundaria completa y 1% estudios superiores. En esta investigación se corrobora lo que otros estudios han logrado demostrar sobre la deserción escolar, la misma que esta dada por varias razones como problemas familiares, económicos, el abandono del padres, la separación de la pareja. Otros motivos son la vergüenza ante el embarazo, la atención del o los hijos.

## GRAFITABLA 5

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ SEGÚN OCUPACION HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

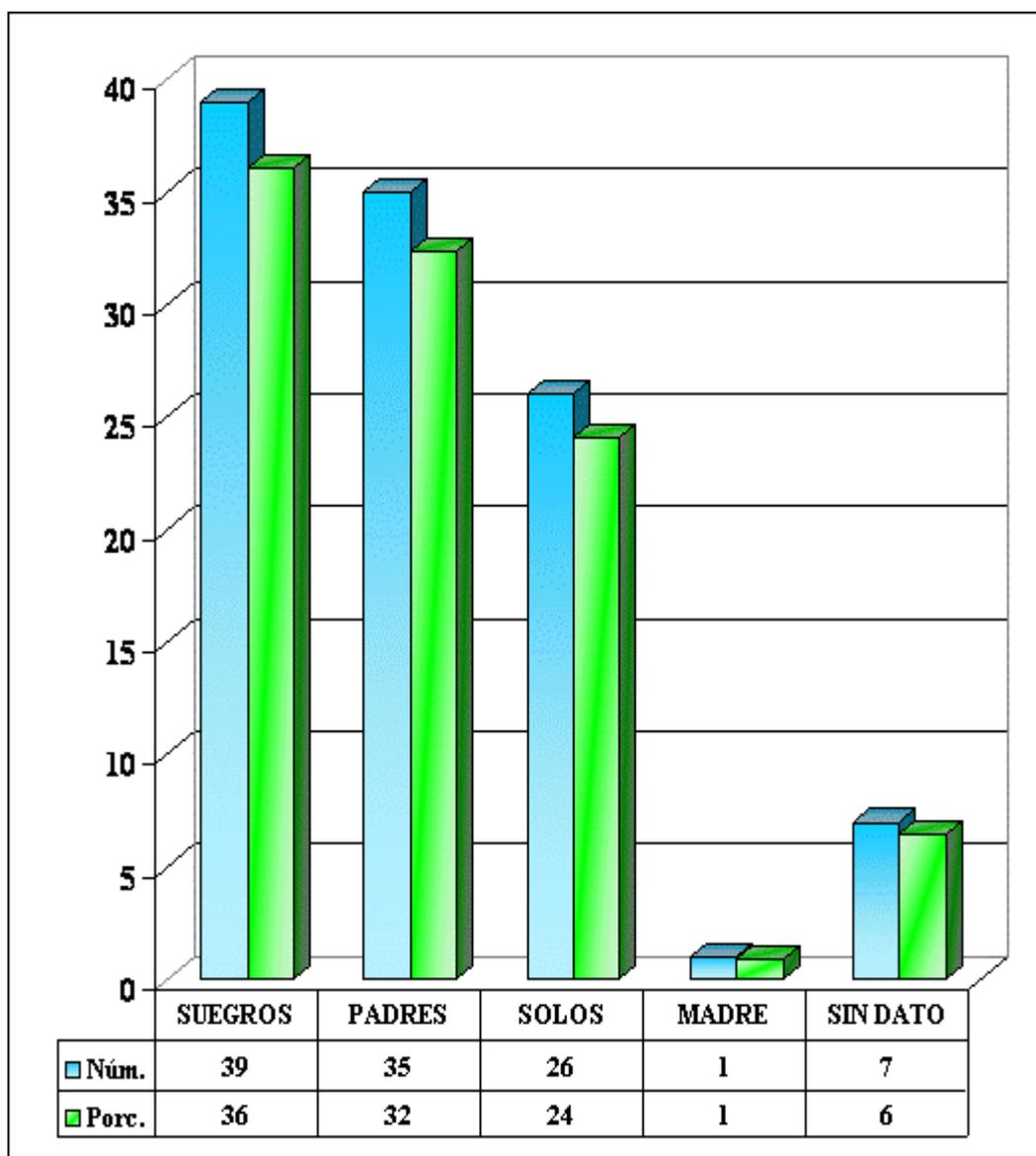
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

Analizando la grafitabla podemos observar que el 83% de las adolescentes tienen como ocupación labores domésticas, 5% estudia y un 1% trabaja. Estos resultados permiten comprender que a la adolescente el embarazo precoz le coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente, lo cual a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos.

## GRAFITABLA 6

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ SEGÚN VIVE CON HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

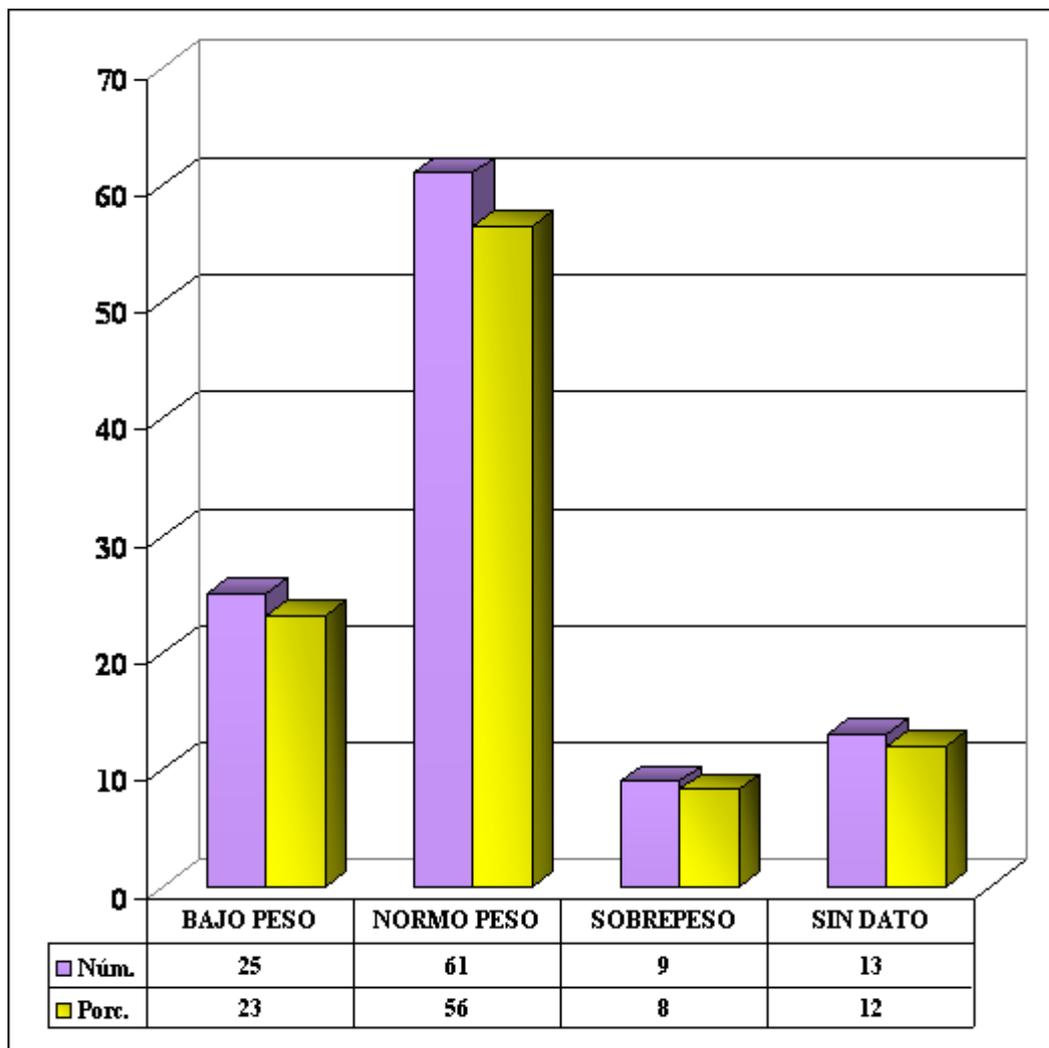
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

En la presente grafitable se aprecia que el 36% de las adolescentes vivía con los suegros, el 32% con los padres, un 24% solas, 1% con la madre. Esta tabla refleja lo que ya se ha mencionado en la literatura en la cual se cita que la pareja necesita la ayuda de los padres de ambas adolescentes, ya que la supervivencia solas sería difícil tanto para ellos como para el producto, debido a que la pareja no se encuentra preparada para proveer el sustento del hogar.

## GRAFITABLA 7

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

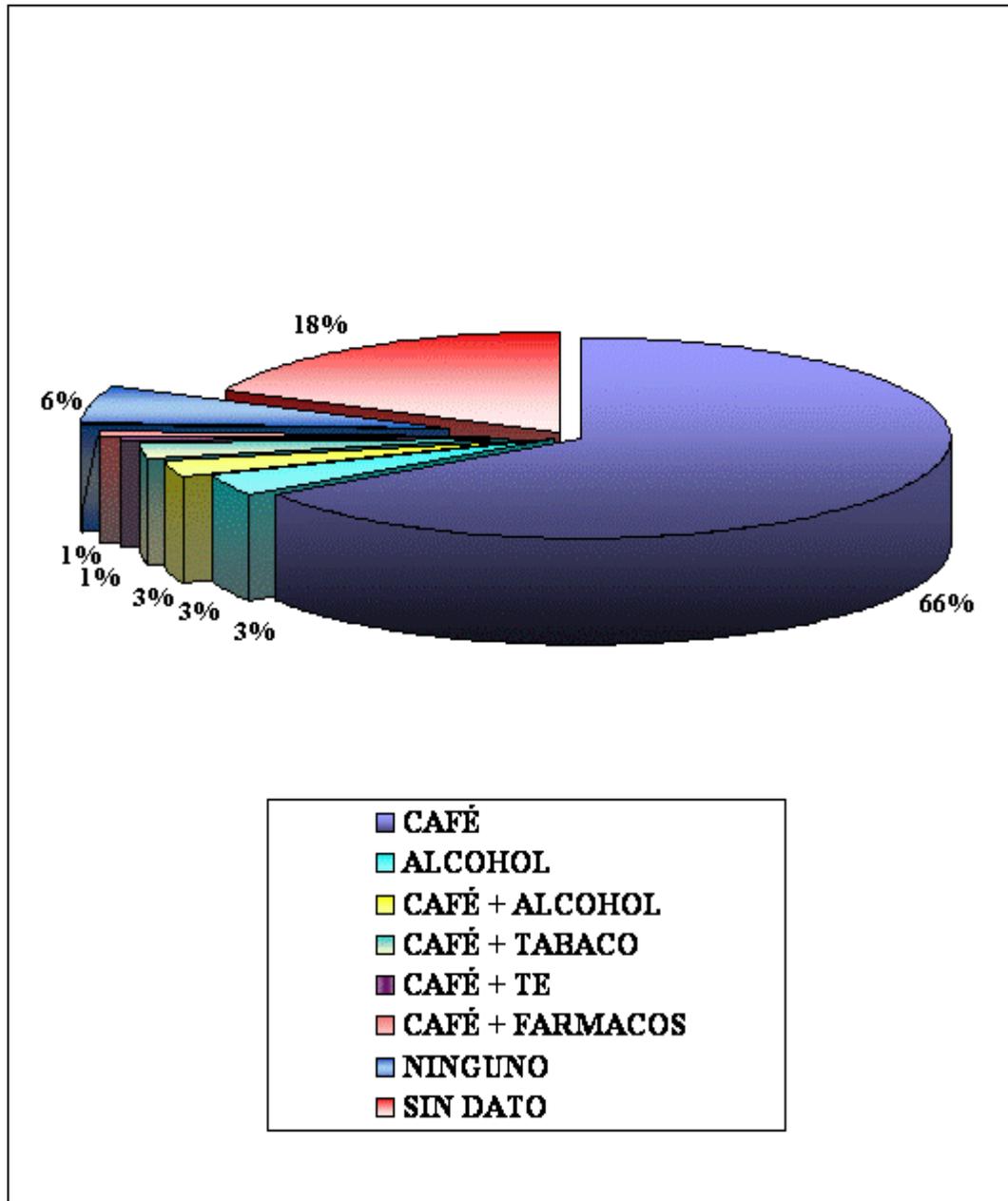
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

El presente gráfico permite observar que el 56% de las adolescentes tienen un peso normal, mientras que un 23% presentaron bajo peso, y 8% sobrepeso. Al respecto se puede decir que en estos resultados llama la atención el porcentaje de embarazadas con bajo peso, ya que las adolescentes suelen tener malos hábitos de alimentación. Los estudios también demuestran que, comparadas con las mujeres adultas, es menos probable que las adolescentes aumenten de peso durante el embarazo. Este aumento insuficiente de peso aumenta el riesgo de que tengan un bebé de bajo peso al nacer.

## GRAFICO 1

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. SEGÚN HABITOS HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

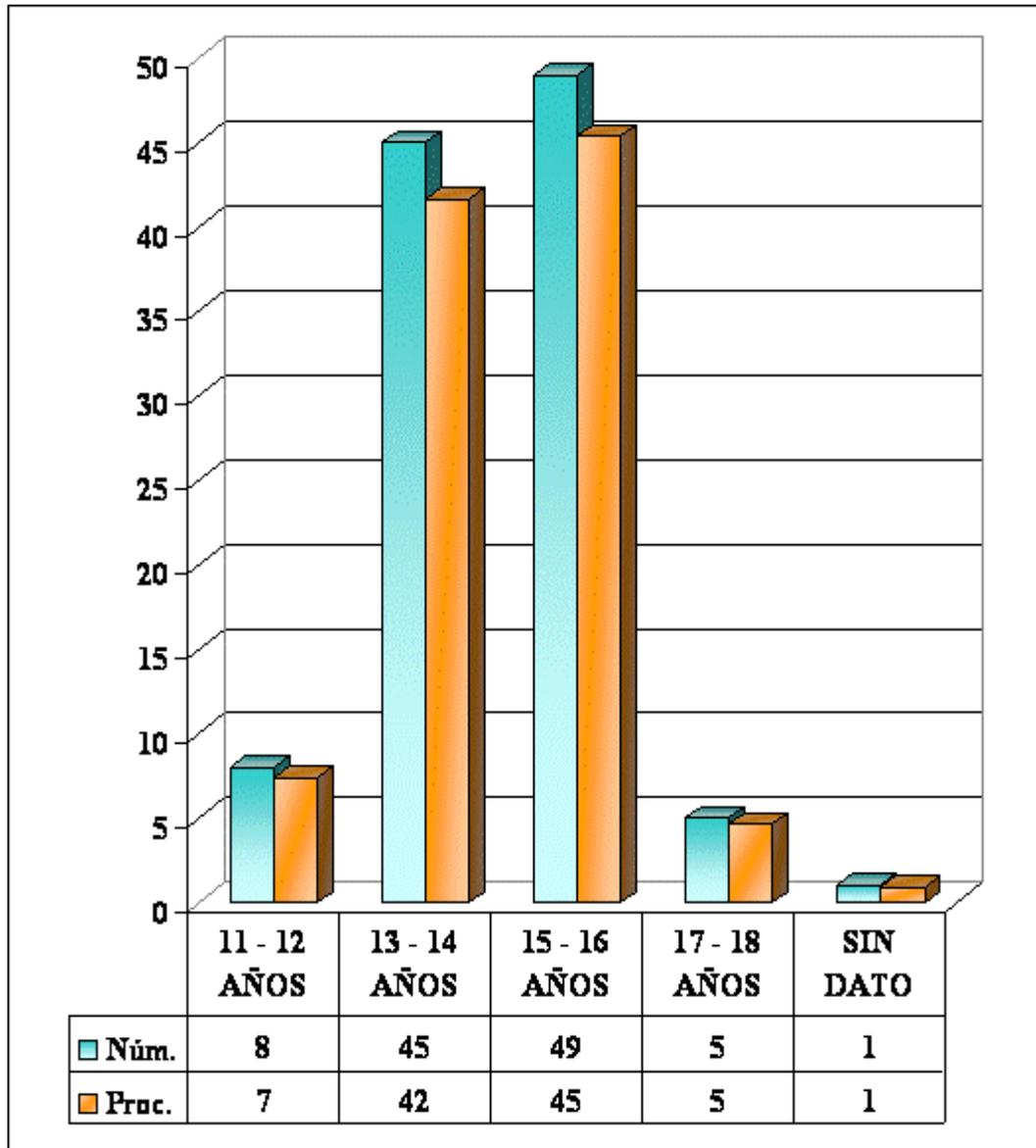
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

En el presenta gráfico se analizan los hábitos de la adolescente cuyos resultados demostraron que el 66% tiene cafeinismo. Estos hábitos aumentan considerablemente los riesgos de que sus bebés tengan problemas de salud.

## GRAFITABLA 8

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. SEGÚN INICIO DE RELACIONES SEXUALES HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

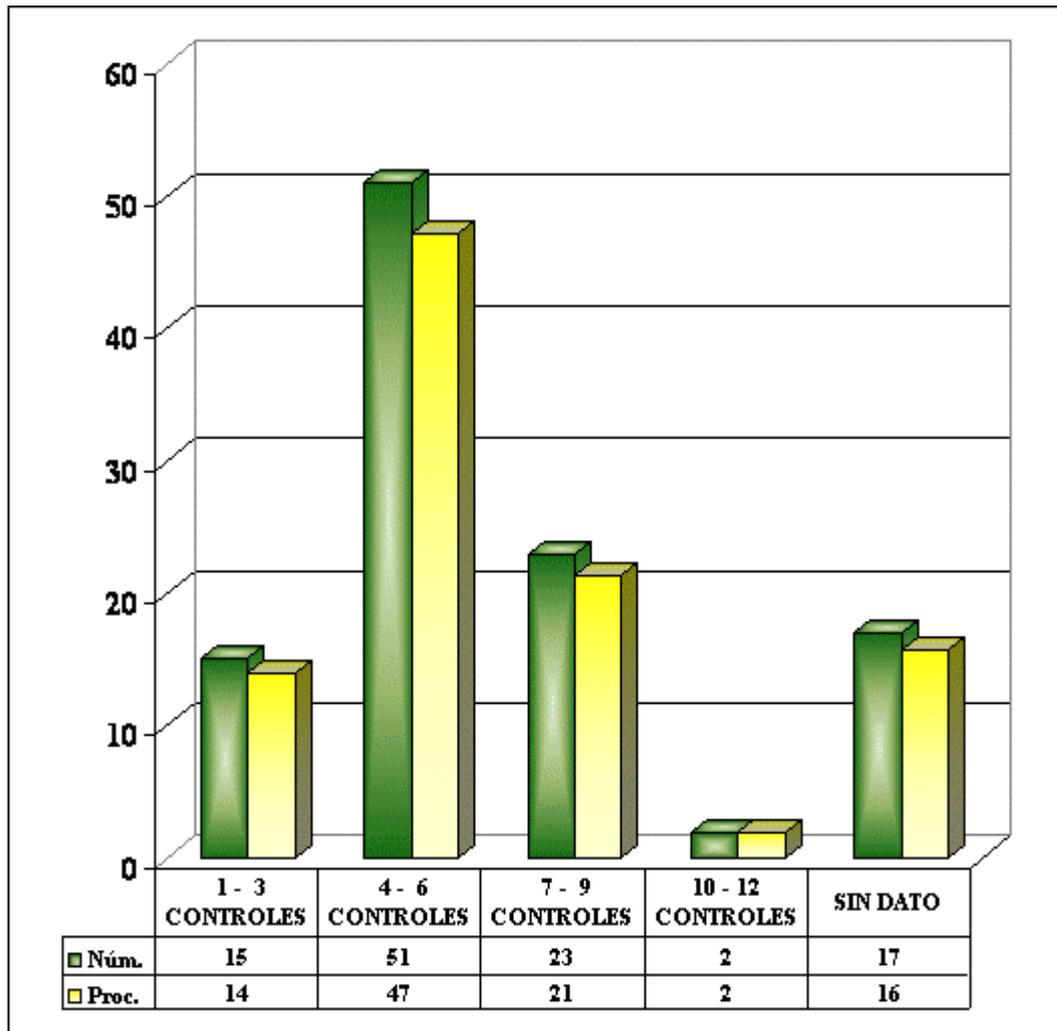
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

Como se logra apreciar un 45% de las pacientes, tuvo su primera relación sexual entre los 15-16 años, 42% de 13-14 años, 7% entre 11-12 años y el 5% a los 17 – 18 años. Estos resultados coinciden con los encontrados en una investigación realizada da en Brazil, ya que a nivel mundial los estudios demuestran que la primera relación entre los adolescentes se da a partir de los 18 años.

## GRAFITABLA 9

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ SEGÚN CONTROL PRENATAL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

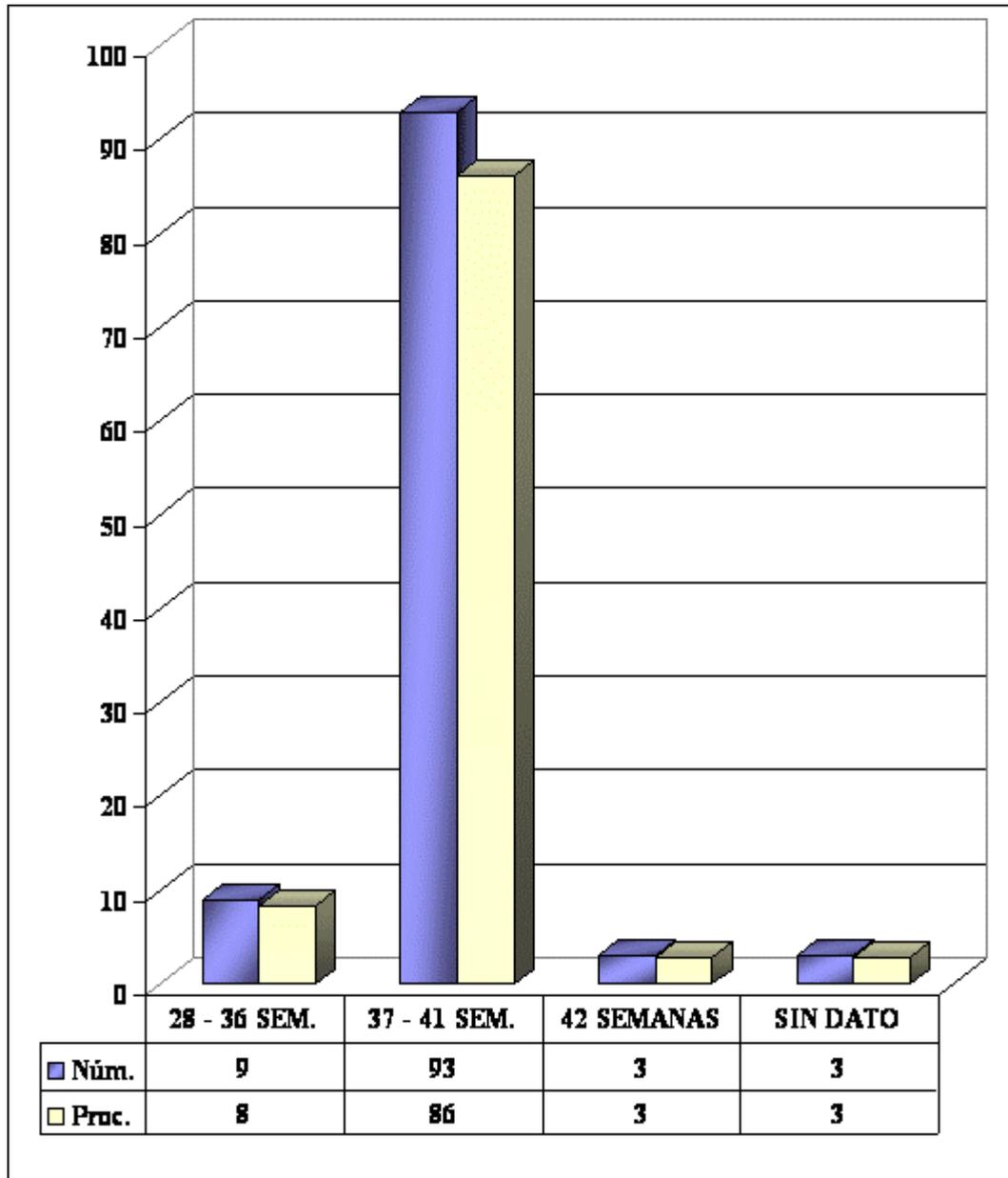
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

El mayor porcentaje de las adolescentes 47% tuvieron de 4-6 controles, 21% de 7 a 9 controles, 14% de 1-3 controles, 2% de 10 a 12 controles. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede determinar que las pacientes tuvieron en mayor porcentaje los controles mínimos aceptados, coincidiendo estos datos con otros estudios en los que se deja ver que este grupo de la población está considerado como uno de los que menos probabilidades de recibir atención prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular. Esta conducta se presenta más en los países en desarrollo, más aún cuando se considera al parto como algo natural.

## GRAFITABLA 10

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. SEGÚN TIEMPO DE GESTACION HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

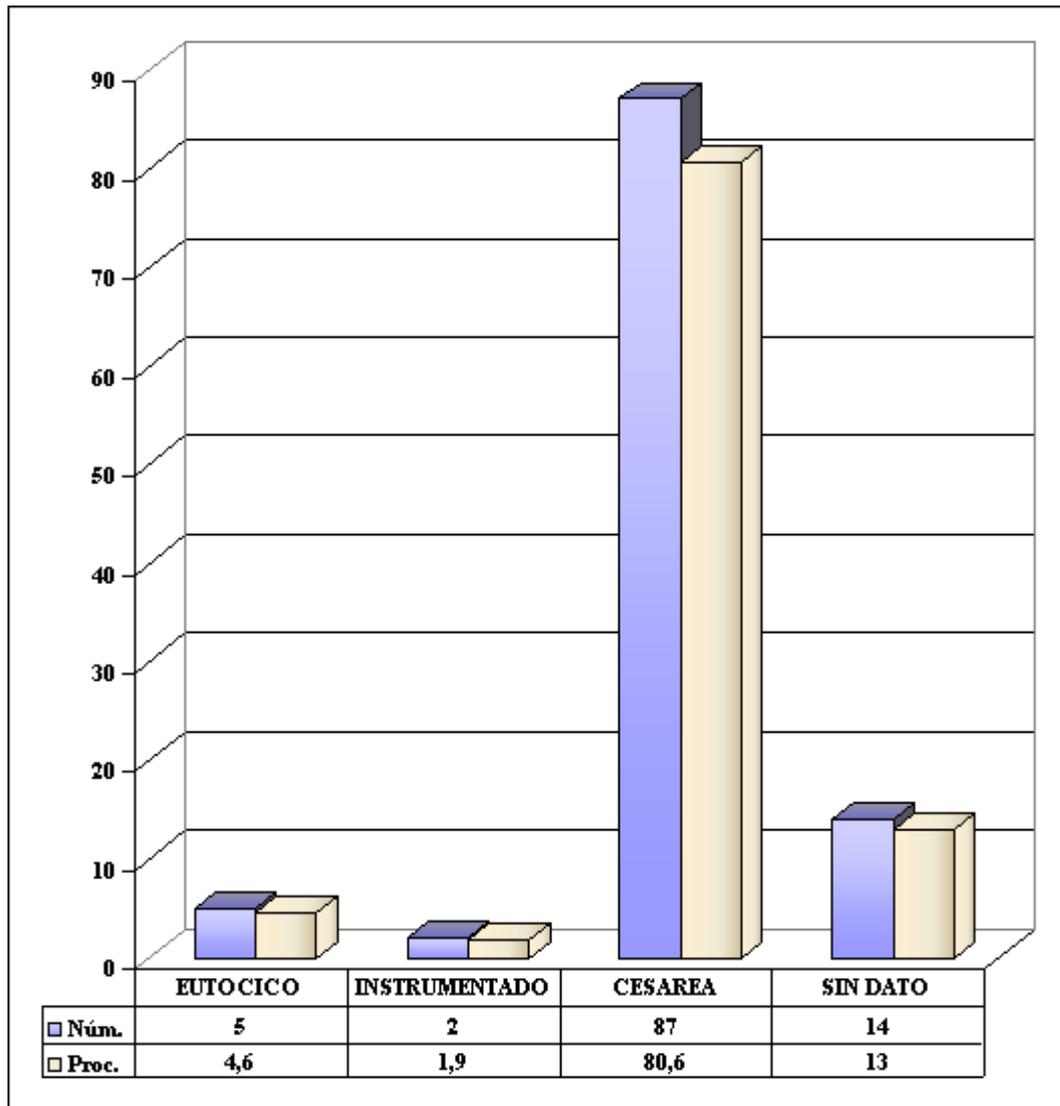
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

Los resultados permiten observar que el 86% de las adolescentes embarazadas tuvieron entre 37 y 41 semanas de gestación, el 8% de 28 a 36 semanas, 3% 42 semanas. Estos datos coinciden con otros estudios realizados.

## GRAFITABLA 11

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ SEGÚN VIA DEL PARTO HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



**F.I.** Formulario

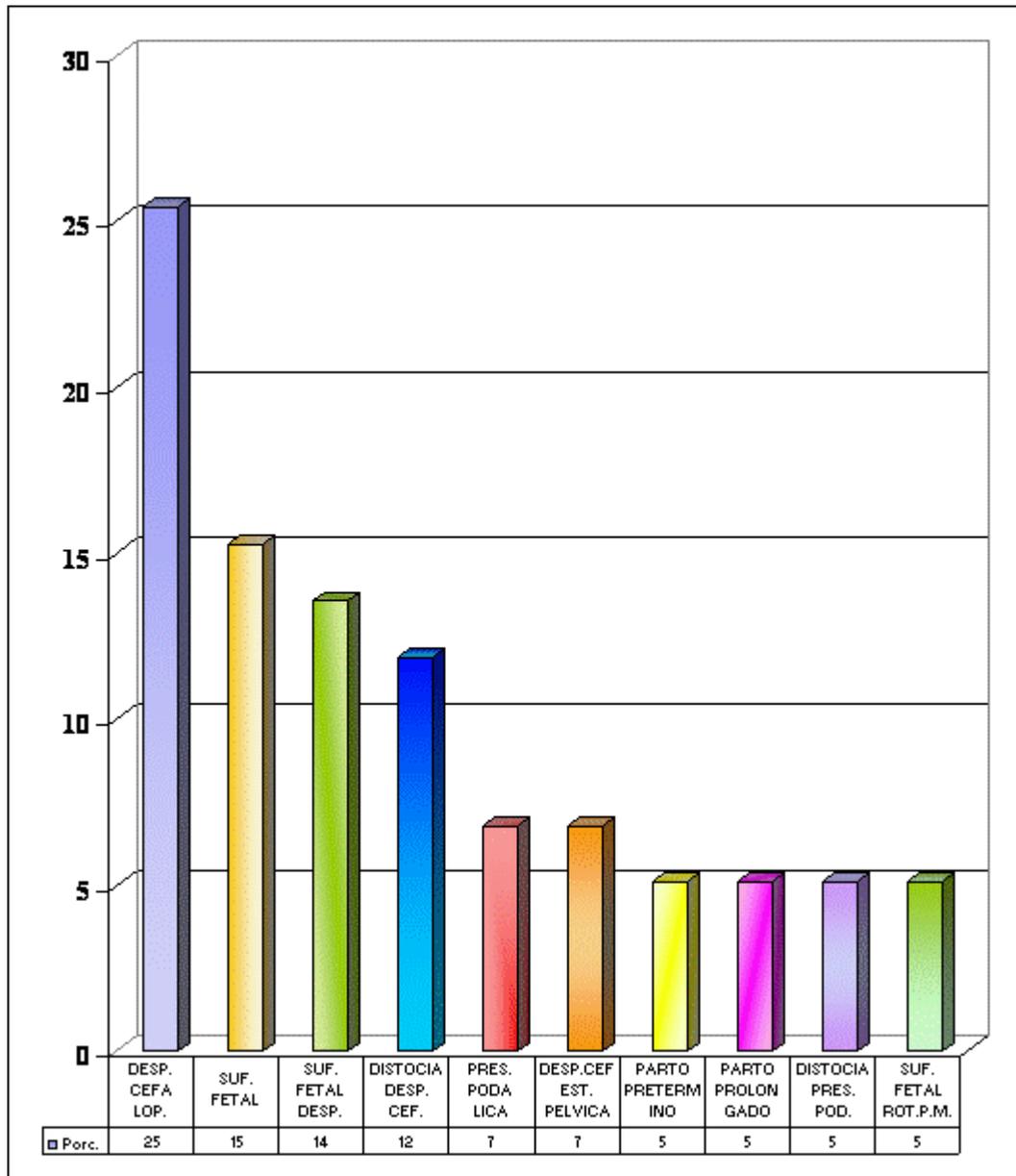
**Elaborado por:** V. Bermúdez

#### **ANÁLISIS:**

Al analizar el presenta gráfico podemos observar que el 80,6% de los partos fueron cesáreas, en un 4,6 eutócico y en 1,9 instrumentado, un considerable 13% no se pudo recoger esta información. La vía del parto esta dada por la condiciones del desarrollo incompleto de la pelvis materna, lo que determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto, aumentando los partos operatorios como con fórceps y cesáreas.

## GRAFITABLA 12

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. SEGÚN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL PARTO HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

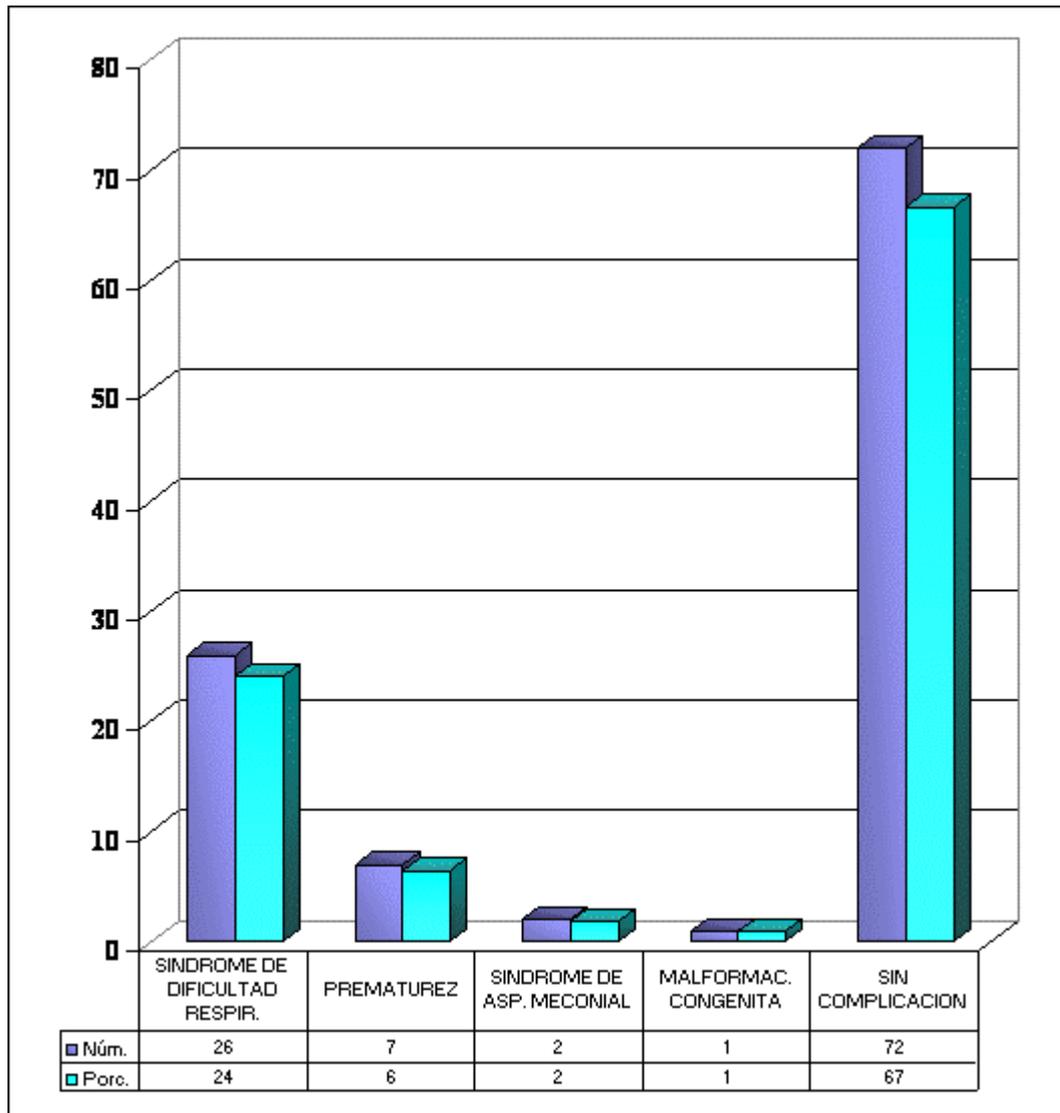
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

La grafitabla permite observar las complicaciones obstétricas más frecuentes que se presentaron en la presente investigación.

### GRAFITABLA 13

**RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON  
EMBARAZO PRECOZ  
SEGÚN COMPLICACIONES NEONATALES  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO  
JUNIO - NOVIEMBRE 2006**



**F.I. Formulario**

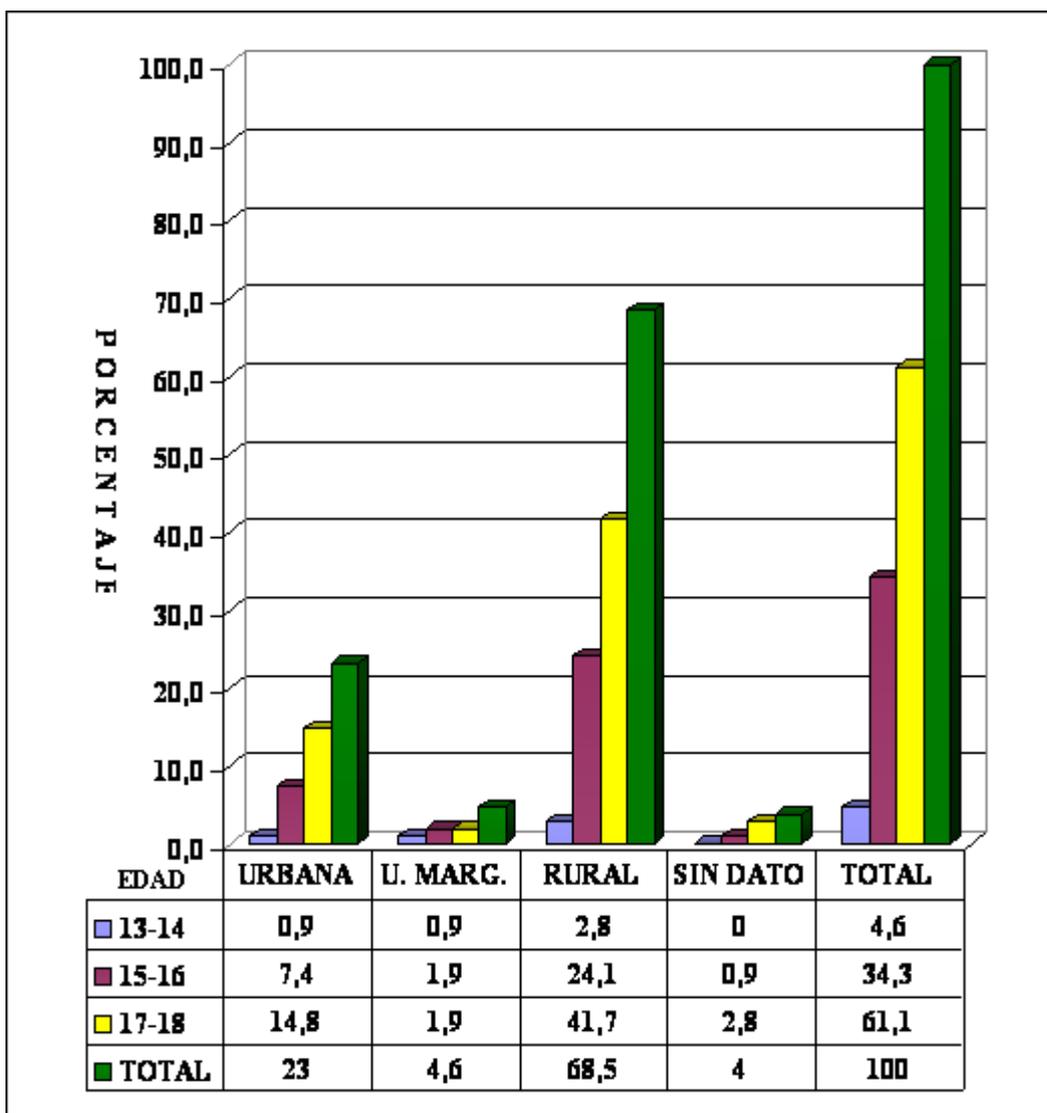
**Elaborado por:** V. Bermúdez

**ANÁLISIS:**

Estos resultados permiten observar que un 67% de los recién nacidos no presentaron complicaciones, no así un 24% presentaron síndrome de dificultad respiratoria, 3% prematuridad y 2% malformación congénita. Los resultados obtenidos se encuentran entre las patologías más frecuentes en este tipo de pacientes, ya que el embarazo ha cursado con ciertas desventajas como la edad de la madre.

## GRAFITABLA 14

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ EN RELACIÓN EDAD-PROCEDENCIA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

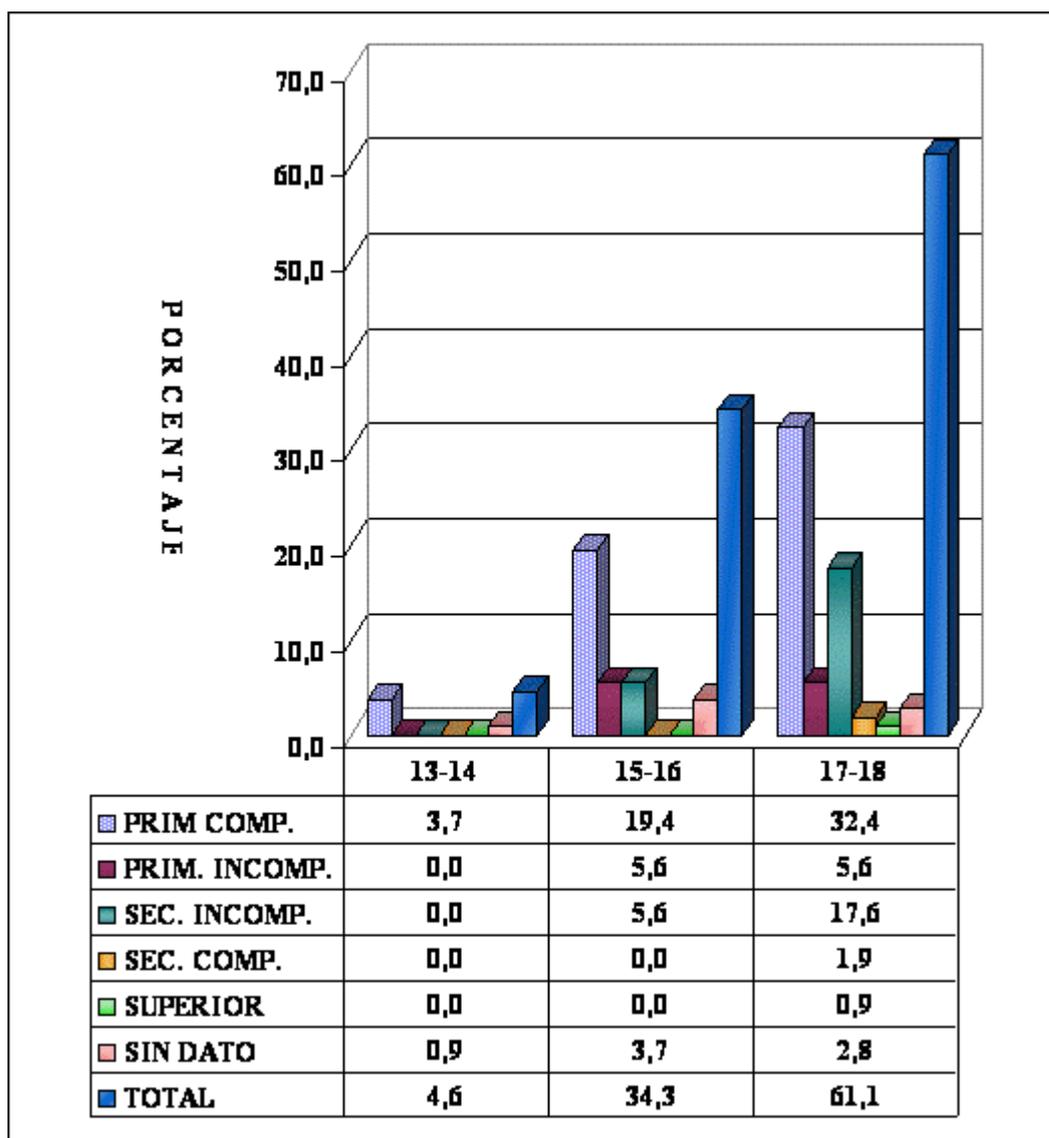
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

La tabla permite observar que el mayor número de pacientes proviene del área rural en un 68,5%, en edad de 17-18 años con un 41,7%, de 15-16 con 24,1%, y de 13-14 años con 2,8%. Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones en las cuales el grupo del área rural es mayoritario en vista que ellas tienen pocas posibilidades de avanzar económicamente, por lo que la procreación no vendría a empeorar las ya deficientes perspectivas económicas de las jóvenes.

## GRAFITABLA 15

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ EN RELACIÓN EDAD-GRADO DE INSTRUCCIÓN HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

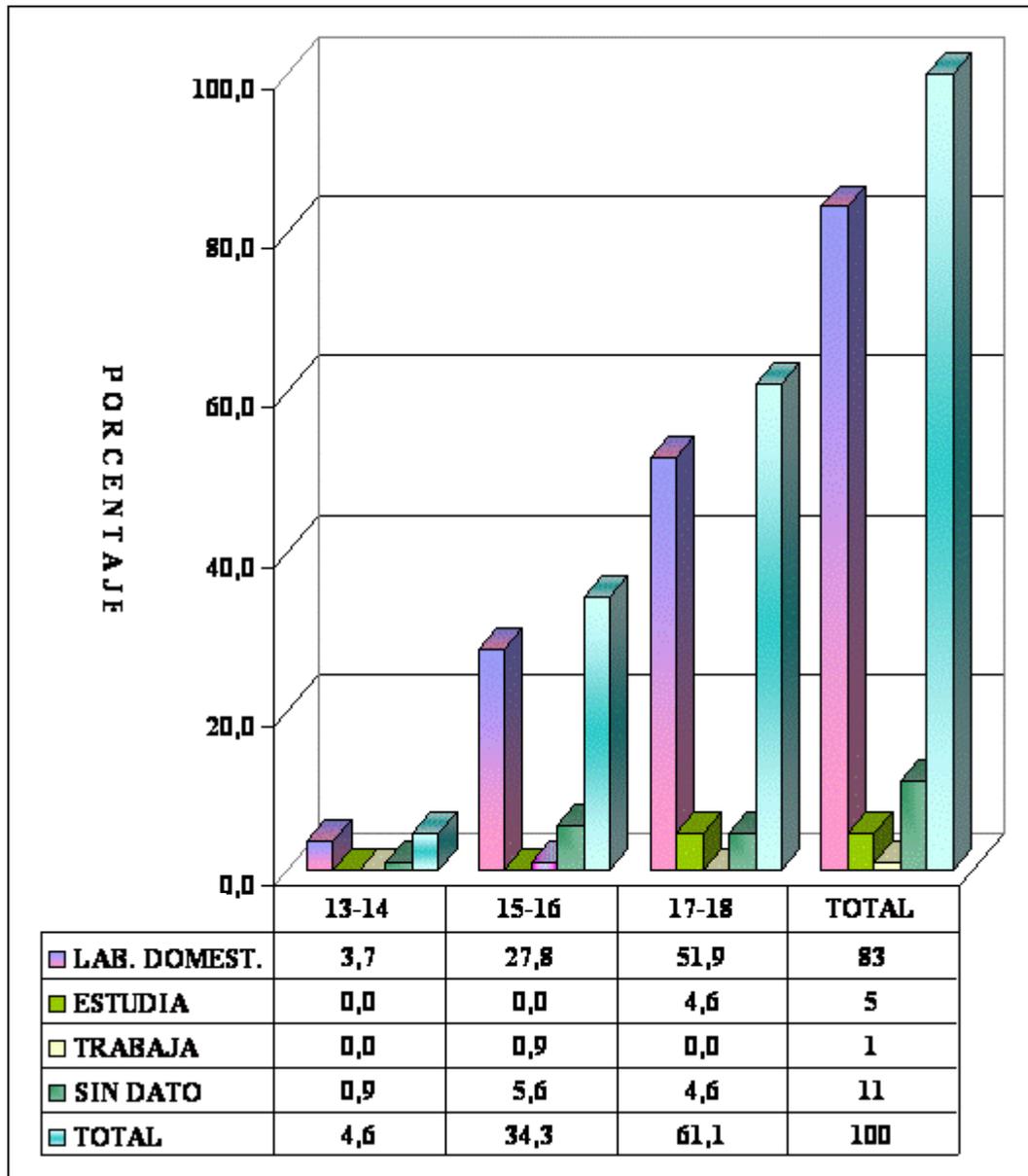
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

Al cruzar las variables edad-grado de instrucción se logra apreciar que el mayor porcentaje se concentra entre las adolescentes que terminaron la primaria con el 32,4% en edades de 17-18 años, y con el 17,6% aquellas que cursaron la secundaria sin terminar los estudios en el mismo grupo de edad citados anteriormente.

## GRAFITABLA 16

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ EN RELACIÓN EDAD-OCUPACION HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

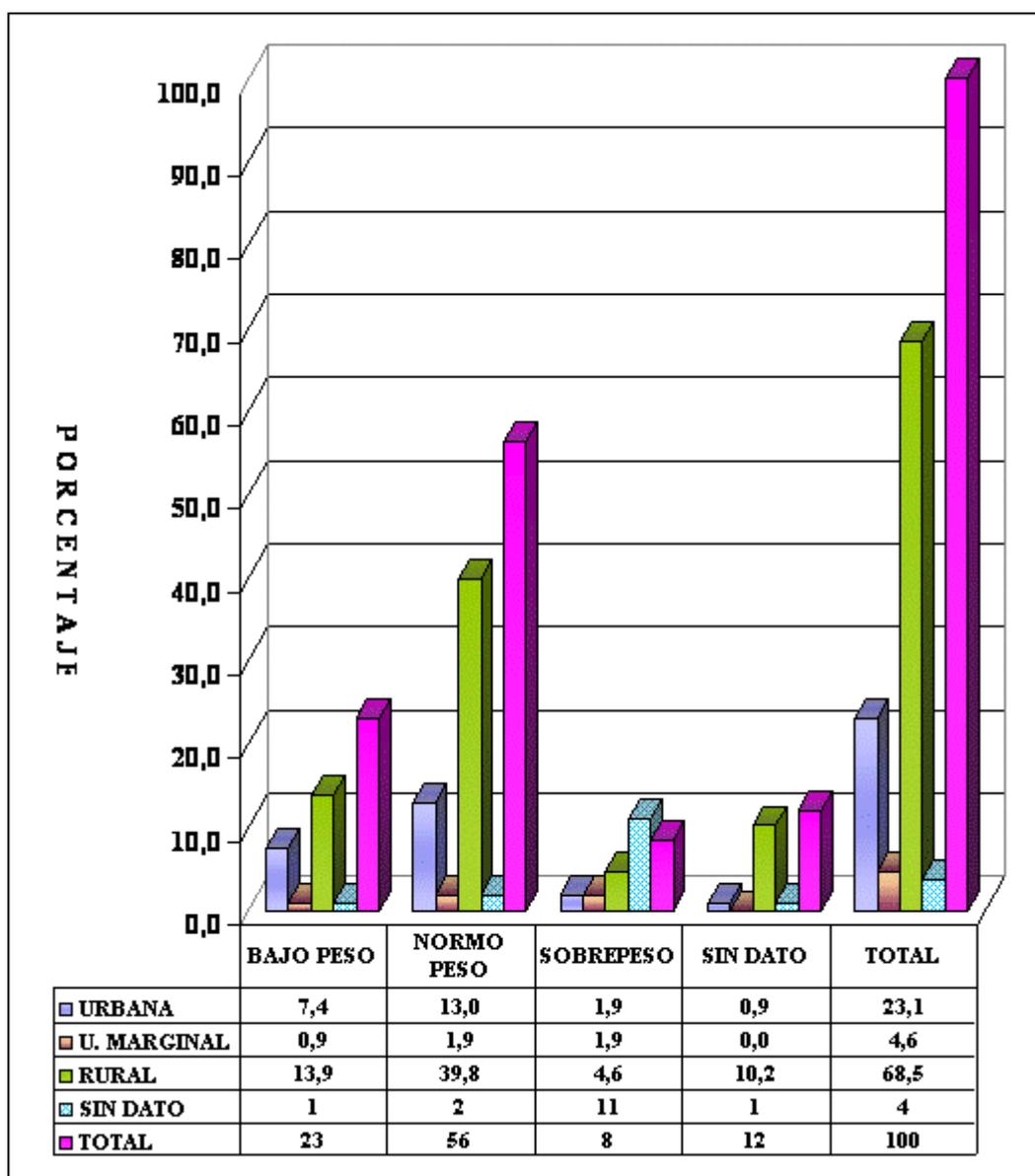
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

Como se puede apreciar el 51,9% de las pacientes tiene como ocupación labores domésticas en edades de 17-18 años, de 15-16 el 27,8% desempeña la misma función y el 3,7% en edad de 13-14 años.

## GRAFITABLA 17

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ EN RELACIÓN PROCEDENCIA-ESTADO NUTRICIONAL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

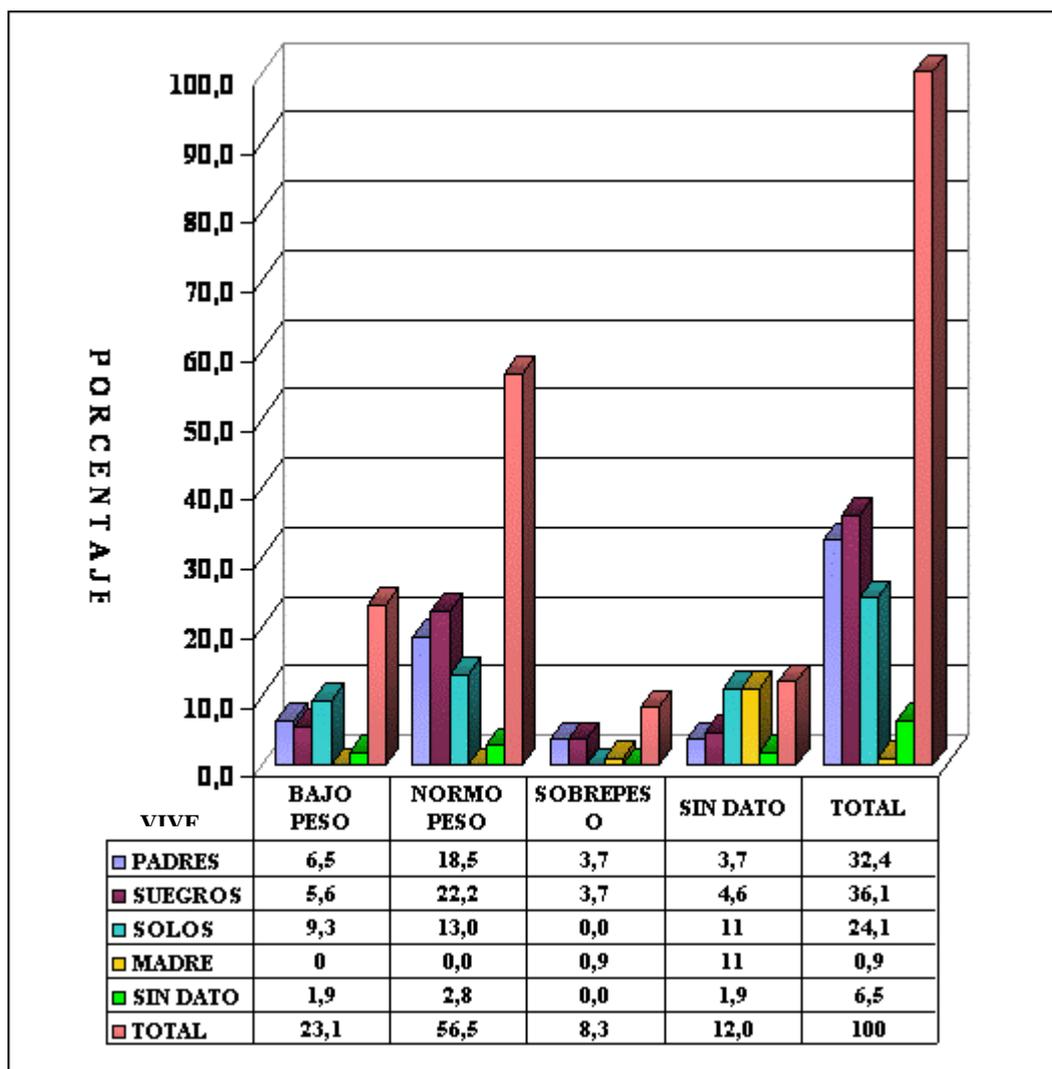
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

La grafitabla permite observar que el 56% de las adolescentes presentaron peso normal, de las cuales el 39,8% fueron del área rural, el 13% del área urbana y el 1,9% del área urbano marginal.

## GRAFITABLA 18

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ EN RELACIÓN VIVE CON - ESTADO NUTRICIONAL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



**F.I.** Formulario

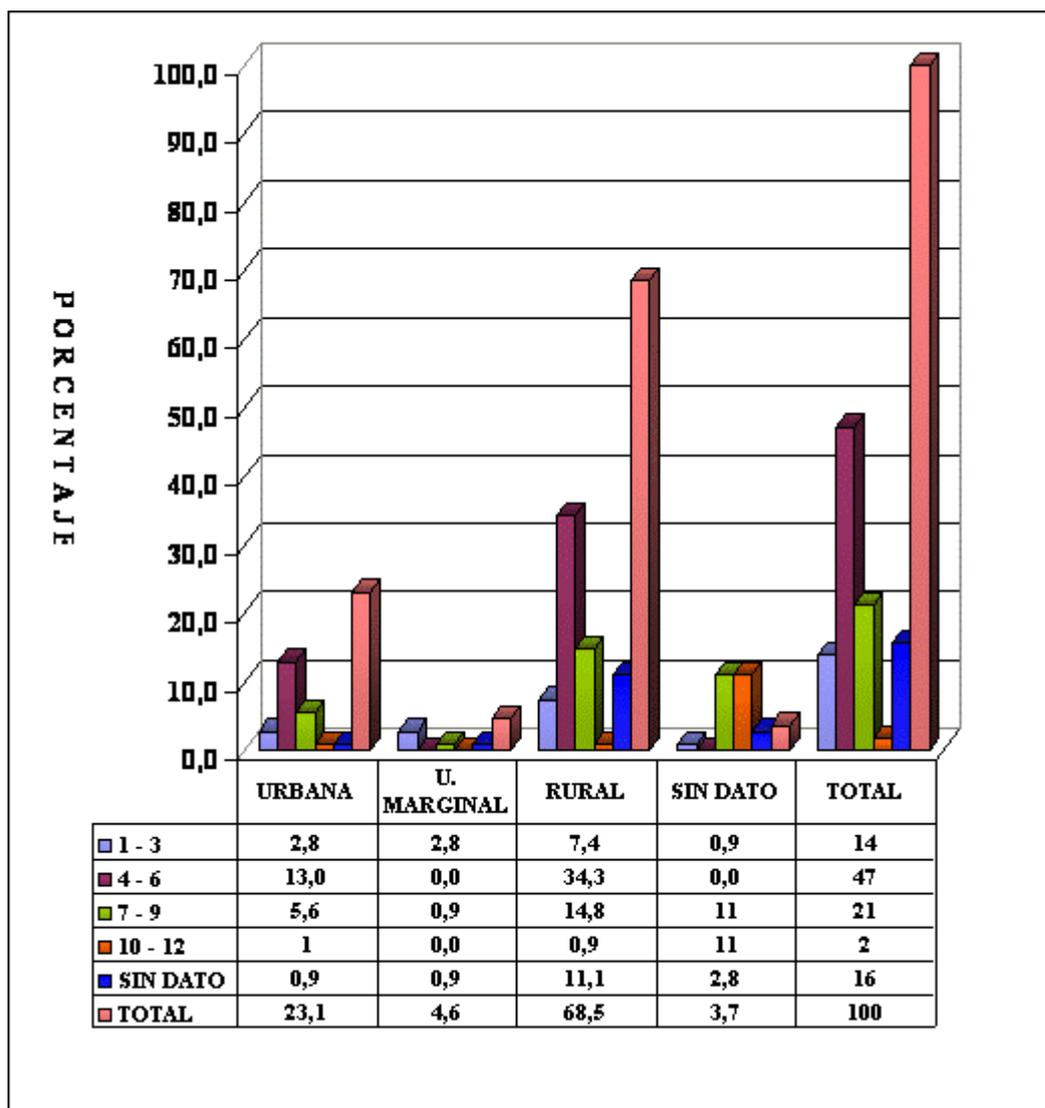
**Elaborado por:** V. Bermúdez

#### **ANÁLISIS:**

Con el 56,5% encontramos a las adolescentes que presentaron peso normal, de los cuales el 22,2% viven con los suegros, el 18,5% con los padres, el 13% vivían solos. Con el 23,1% tenían bajo peso, distribuidos con el 6,5% entre los que vivían con los padres, 5,6% con los suegros, 9,3% vivían solos. Estos resultados permiten determinar que las adolescentes necesitan el apoyo de otros ya que dentro del grupo que viven solos se presentaron los mayores casos de pacientes con bajo peso.

## GRAFITABLA 19

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ EN RELACIÓN PROCEDENCIA - CONTROLES HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

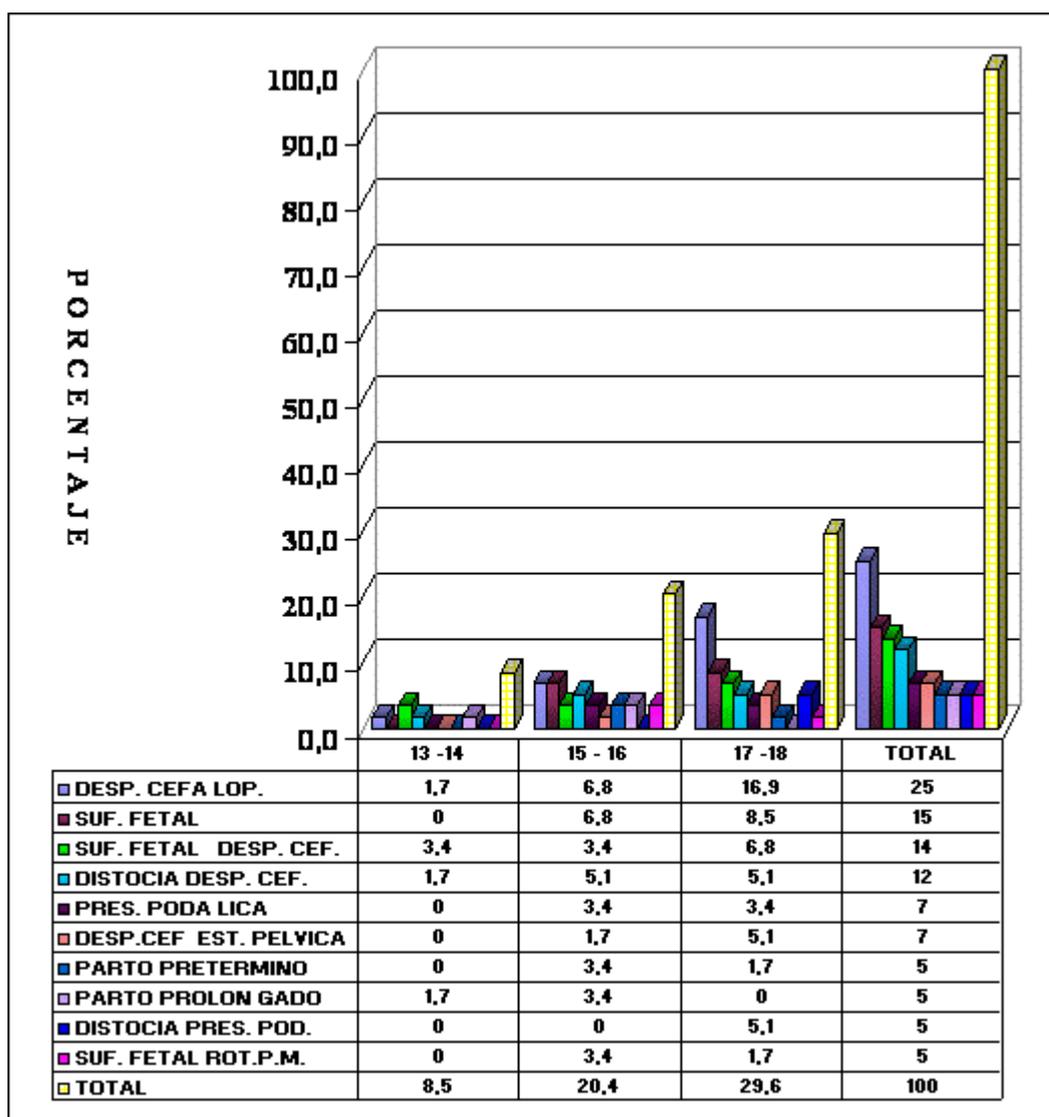
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

La presente grafitabla permite observar que en el 68,5% de las adolescentes provenían del área rural, las mismas que en el 34,3% tenían de 4-6 controles, 14,8% de 7 - 9, el 7,4% de 1-3 controles. El 23,1% fueron del área urbana con el 13% de 4-6 controles 5,6% de 7-9; 2,8% de 1-3 y el 1% de 10-12 controles. Esto demuestra que las pacientes del área rural tienen mejor control que las del área urbana.

## GRAFITABLA 20

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ EN RELACIÓN EDAD - COMPLICACIONES HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

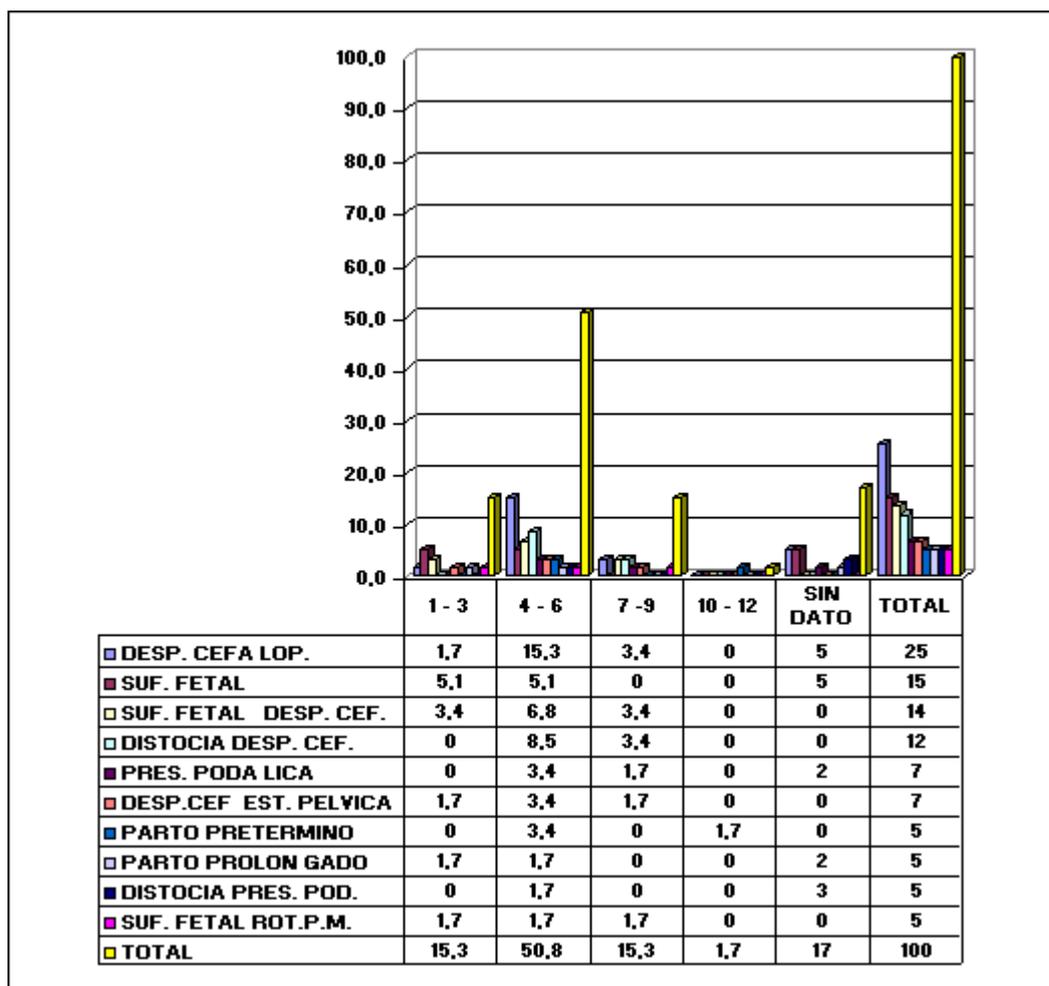
Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

En la grafitabla se aprecia que el mayor número de complicaciones se presentaron en edades de 17 a 18 años, siendo las más frecuentes desproporción cefalopélvica con 16,9%, sufrimiento fetal 8,5%, sufrimiento fetal y desproporción cefalopélvica 6,8%, con el 5,1% encontramos distocia más desproporción cefalopélvica y distocia más presentación podálica.

## GRAFITABLA 21

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ EN RELACIÓN CONTROL PRENATAL - COMPLICACIONES HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



**F.I.** Formulario

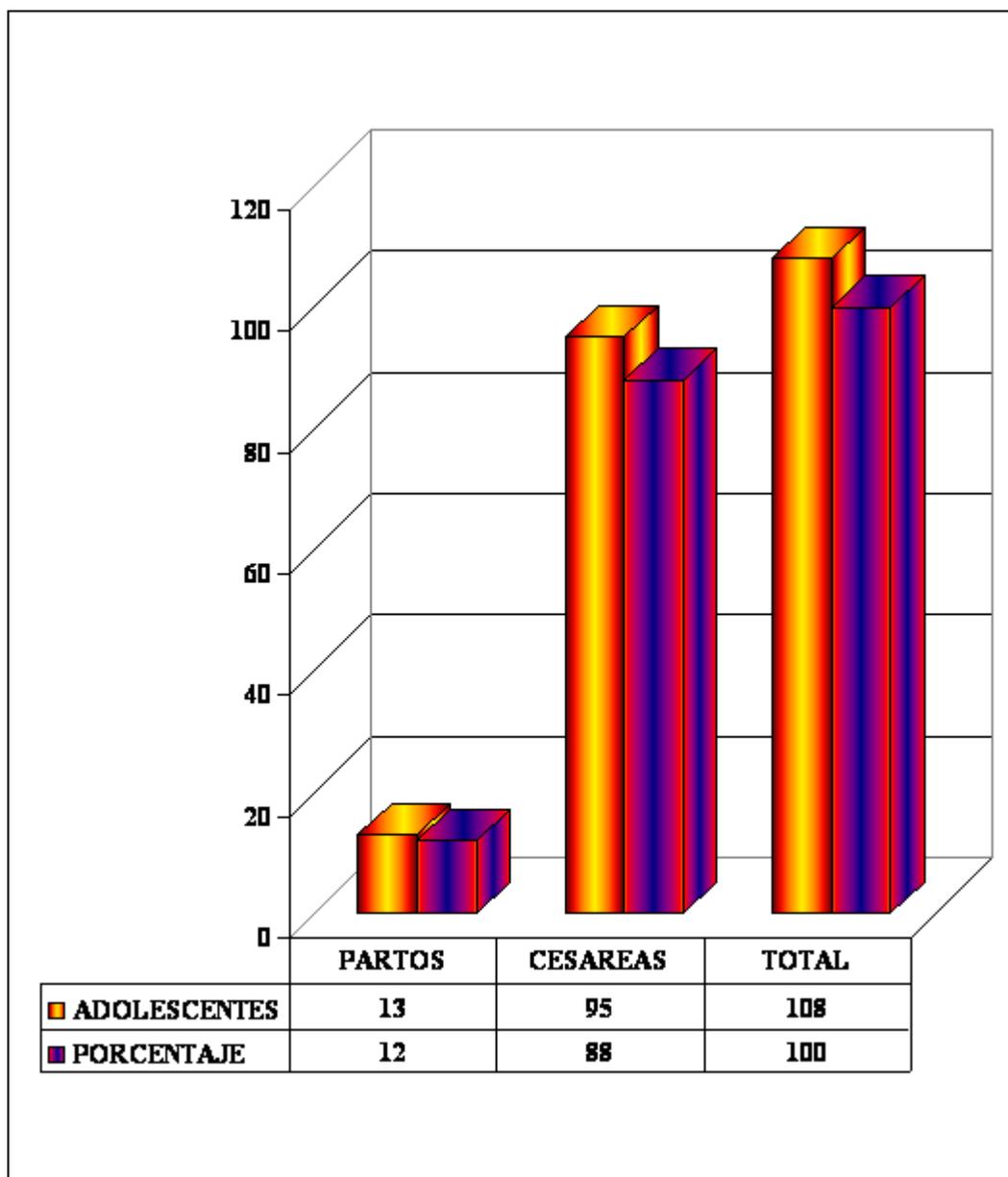
**Elaborado por:** V. Bermúdez

#### **ANÁLISIS:**

La grafica deja apreciar que en el 50,8% de las adolescentes tuvieron entre 4 y 6 controles prenatales, siendo las complicaciones más frecuentes en este grupo de pacientes con el 15,3% desproporción cefalopélvica, 8,5% distocia y desproporción cefalopélvica, 6,8% sufrimiento fetal + desproporción cefalopélvica. Entre las que tuvieron de 1 - 3 controles la complicación más frecuente fue el sufrimiento fetal con el 5,1% y entre las que se realizaron de 7-9 controles las complicaciones que se presentaron en mayor porcentaje fueron desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal y desproporción cefalopélvica, distocia y desproporción cefalopélvica con el 3,4% respectivamente.

## GRAFITABLA 22

### RIESGOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ EN RELACIÓN PARTOS - CESAREAS HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO JUNIO - NOVIEMBRE 2006



F.I. Formulario

Elaborado por: V. Bermúdez

#### ANÁLISIS:

La grafitabla nos permite apreciar que la atención del parto en la población de estudio fue en un 12% parto; 88% cesáreas.

## IX. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

De la investigación realizada se obtuvieron los siguientes resultados:

La demanda efectiva atendida en el periodo de junio a noviembre del 2006, corresponde a 108, a quienes se les dio atención del parto en el área de ginecoobstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

- Respecto a las características de la población de estudio el mayor porcentaje de edad corresponde al grupo de 17 a 18 años, con un 61%, 15 – 16 con el 34% y de 13 a 14 años con un 5%. (Ver grafitabla 1)
- De acuerdo a la procedencia el 69% son del área rural, lo que no concuerda con la investigación realizada en el Hospital materno-infantil Germán Urquidi de Cochabamba, Bolivia en 1995 reportó que según la procedencia el 84% de las pacientes correspondía al área urbana y el 16% al área rural (Ver grafitabla 2)
- Según el estado civil el 81% corresponde a unión libre, el 12% casadas, 6% madre soltera, los que coinciden con los resultados de la investigación realizada por Angel Maida del Hospital Materno Infantil Germán Urquidi de Cochabamba – Bolivia manifiesta que este es más frecuente en las solteras y en aquellas que tienen unión libre (Ver grafitabla 3)
- En cuanto al grado de escolaridad de la paciente el 56% tenía estudios primarios completos, 23% secundaria incompleta, 11% primaria incompleta, 2% secundaria completa. La instrucción de la paciente se relaciona directamente con las pocas perspectivas que la adolescente tiene para poder seguir estudiando una vez que sale embarazada, siendo la deserción un paso seguro en este grupo de población, como lo demuestran varios estudios realizados. (Ver grafitabla 4).

- Según la ocupación se obtuvo que el 83% de las adolescentes se desempeñan en labores domésticas, 5% estudia y un 1% trabaja. Estos resultados dejan ver que el embarazo precoz evita que la adolescente aspire a tener una mejor educación que le permitan obtener un empleo conveniente lo cual la hace dependiente ya sea de su pareja o de algún familiar, es lo que reportan estudios realizados sobre el tema en investigación. (Ver grafitabla 5)
- Al analizar la variable vive con se logró determinar que el 36% vive con los suegros, el 32% con los padres y 24% viven solos. Estos resultados permiten ratificar lo ya indicado anteriormente. (Ver grafitabla 6)
- Con respecto al estado nutricional de la paciente el 56% tuvieron un peso normal, el 23% bajo peso y 8% sobrepeso. Los resultados encontrados en esta investigación no coinciden con otros realizados en los cuales se indica que las adolescentes por tener malos hábitos de alimentación generalmente presentan bajo peso. (Ver grafitabla 7)
- El 66% de las adolescentes tenían como hábito el consumo de café, 3% alcohol, café + alcohol, café + tabaco, respectivamente. Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en otras investigaciones. (Ver gráfico 1) .
- Analizando la variable inicio de las relaciones sexuales, los resultados revelaron que el 45% de las adolescentes iniciaron sus relaciones entre los 15 y 16 años, y el 42% de 13 a 14 años. Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los reportados en Brasil donde las relaciones sexuales se inician a los 16 y medio. (Ver grafitabla 8)
- Al analizar el número de controles que tenía cada paciente se pudo determinar que el 47% tuvo entre 4 y 6 controles, considerándose los como mínimo eficientes, el 21% de 7 - 9 controles los que son considerados eficientes, el 14% menos de 4 considerándose los deficientes, el 2% tuvo los 12 controles que están indicados como óptimos (Ver grafitabla 9).

- En cuanto al tiempo de gestación el 86% curso de 37 a 41 semanas, 8% de 28 a 36 semanas. Estos datos coinciden con la literatura consultada. (Ver grafitable 10)
- Con relación a la vía del parto un 80.6% fue por cesárea, 4.6% eutócico, 1.9% instrumentado. La vía del parto esta dada por las condiciones del desarrollo incompleto de la pelvis materna, lo que determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; aumentando los partos operatorios como con fórceps y cesáreas. Estos resultados coinciden con el estudio realizado en el Hospital Provincial Docente Carlos Manuel de Céspedes en Cuba en el año 1997, que en su mayoría fueron cesáreas. (Ver grafitable 11)
- Al analizar las complicaciones obstétricas del parto las más frecuentes fueron: con 31% desproporción cefalopélvica, 19% sufrimiento fetal, 13% sufrimiento fetal + desproporción cefalopélvica, 11.7% distocia + desproporción cefalopélvica, 8% presentación podálica. Los diferentes estudios consultados para la realización de la presente investigación mencionan como la complicación más frecuente la desproporción cefalopélvica, coincidiendo con nuestros resultados. ( Ver taba 1,2, grafitable 12).
- Con respecto a las complicaciones neonatales el 24% presentó síndrome de dificultad respiratoria, coincidiendo estos resultados con otras investigaciones. (Ver grafitable 13)
- Al analizar la vía del parto el 12% fue normal y el 88% se realizó por cesárea, al analizar la relación vemos que esta se da al inversa el porcentaje, porque las normas del Ministerio de Salud Pública establecen que el porcentaje normal de cesáreas para los Hospitales no debe exceder el 15%, lo que implica que no se valora correctamente a la embarazada, realizando una cesárea en pacientes que no la ameritan. (Ver grafitable 22).

## X. CONCLUSIONES

De los hallazgos encontrados podemos concluir:

Con el objetivo de conocer los riesgos en la salud de las adolescentes con embarazo precoz atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo se realizó una investigación de tipo prospectivo, tomando como estudio una población de 108 pacientes que acuden para recibir atención del parto, de junio a noviembre del 2006.

- El mayor porcentaje de pacientes fueron adolescentes con edades de 17-18 años, quienes procedían del área rural, de estado civil predominante de unión libre, con escolaridad de educación primaria completa, cuya ocupación mayoritariamente eran labores domésticas, quienes vivían con los suegros.
- El inicio de las relaciones sexuales en estas pacientes fue entre los 15-16 años, su estado nutricional era de peso normal, presentaban como hábito la ingesta de café.
- La complicación obstétrica más frecuente fue la desproporción cefalopélvica, la complicación neonatal el Síndrome de dificultad respiratoria.
- Mayoritariamente las investigadas se realizaron de 4-6 controles prenatales. El parto se dio entre las 31-41 semanas de gestación en mayor porcentaje por vía cesárea.

## **XI. RECOMENDACIONES**

- ❖ Que los organismos centrales como el Ministerio de Educación y Cultura, ahonden esfuerzo para que los adolescentes desde antes de ingresar a esta etapa de vida, tengan acceso a una información que los oriente sobre los riesgos del embarazo precoz, lo que se lograría si los maestros estuvieran preparados psicológica, y pedagógicamente sobre esta problemática.
- ❖ Que la sociedad, deje de ver a las relaciones sexuales como tabú, que se hable al adolescente con la verdad, para que ellos entiendan, no solo la problemática del embarazo sino el inicio de las relaciones sexuales a etapas muy tempranas de la vida, sobre las enfermedades de transmisión sexual, el protegerse para no quedar embarazada etc.
- ❖ Que se brinde capacitación al personal médico para que durante los controles prenatales se logre concienciar a la adolescente de la importancia que tiene en la vida de la mujer postergar la maternidad.
- ❖ Que los centros educativos no discriminen a la adolescente por estar embarazada, ya que esta es una de las causas por la que se presenta la deserción escolar en este grupo poblacional.
- ❖ Que en el hogar la adolescente sea comprendida por la familia, creando un ambiente de cordialidad y confianza, que le permitan exteriorizar sus preocupaciones e inquietudes sobre temas como la relación sexual, el embarazo, aborto, que le permitan ampliar su horizonte para desear ser alguien importante en la vida.
- ❖ Que las autoridades del Hospital Verdi Cevallos Balda, a través del Dpto. de trabajo social inicien acciones tendientes a dar orientación a las adolescentes que asisten a la institución para recibir atención del parto sobre las implicaciones de la maternidad precoz.
- ❖ Que la institución hospitalaria realice cursos de actualización para el personal médico, que los médicos especialistas monitoreen el trabajo del médico residente.

## **XII. PROPUESTA**

En vista que los embarazos precoces van en aumento, en esta investigación el autor ha considerado de importancia formar ciertas recomendaciones que puedan servir de guía en la prevención del embarazo en la adolescencia ya que este es un problema de carácter estructural, que afecta de igual manera a los grupos sociales de distintos estratos socioeconómicos. La diferencia estriba en el acceso a los recursos disponibles socialmente, con los cuales, cada uno de estos estratos, canalizan y enfrentan la situación.

La sociedad en su conjunto debe abocarse a generar medidas preventivas para evitar situaciones que dañen la salud y el desarrollo personal de un porcentaje grande de la población adolescente, ya sea en un corto plazo, como podrían ser las consecuencias de un embarazo en la adolescencia o a un largo plazo, desarrollar la enfermedad del SIDA habiendo sido contagiado/a durante la adolescencia (debido a que el período de latencia es de diez años).

Las estrategias de prevención y atención del embarazo deben considerar que la situación de pobreza aumenta considerablemente el riesgo de un embarazo en la adolescencia, debido a sus complejas derivaciones en lo psicológico, socioafectivo y económico. Los adolescentes pobres se ven expuestos a mayores factores desencadenantes de un embarazo en este período, como por ejemplo, estar fuera del sistema educativo formal, asumir labores domésticas o introducirse en el mercado laboral desde pequeños, iniciar su actividad sexual tempranamente pero además, sin los recursos de identidad de género que le garanticen una toma de decisiones acertada, que coloquen a la adolescente en una posición de igualdad y equidad frente al varón, así como, también tener antecedentes en la familia nuclear de madres adolescentes solteras y que posiblemente sean en la actualidad jefas de hogar, entre otros.

El embarazo en la adolescencia no es consecuencia directa de la pobreza, por lo que se debe considerar la influencia de los valores sociales que impiden a las

adolescentes desarrollarse en forma saludable. Las adolescentes no reciben el mismo trato que los adolescentes. Los adolescentes pueden seguir con su capacitación, su libertad para desplazarse y practicar deportes, pero las adolescentes quedan fuera de circulación.

Las estrategias de prevención y atención del embarazo deben contar con el apoyo de las familias y personas adultas que tengan vínculo con las embarazadas.

Existen informes que señalan varios ejemplos de proyectos que han sido eficaces, incluidos los realizados en Jamaica, que solicitaron la ayuda de los padres y las iglesias para dar información y orientación a las personas adolescentes.

Es importante la participación de los padres, ya que, por ejemplo, en los programas de educación sexual, éstos pueden actuar en forma negativa e inclusive agresiva. Algunos padres temen que se les diga a sus hijos cosas que los anime a tener relaciones sexuales, aunque, por lo general, con esas actitudes reflejan que sólo quieren lo mejor para sus hijos. Por lo tanto, se les debe hacer saber que muchas investigaciones han demostrado que los programas de educación sexual son más eficaces para modificar los comportamientos, cuando los mensajes llegan a las personas adolescentes antes de que tengan una vida sexual activa.

La atención del embarazo debe incluir el abuso sexual como posible causa de éste. Según los estudios revisados, la primera fase de la adolescencia comprende el período puberal, que es precisamente el que presenta los embarazos de alto riesgo biológico, exposición a abuso e inicio de la prostitución.

Para disminuir la tasa de embarazo en la adolescencia, el sistema educativo cumple un papel decisivo. En ese sentido se debe apoyar al sistema educativo en la capacitación de docentes como agentes multiplicadores, sobre salud sexual y reproductiva.

Es importante facilitar la participación de los docentes en talleres sobre género, violencia y abuso sexual, principalmente a través del equipo interdisciplinario

asignado en escuelas de comunidades urbanas pobres, para que éstos funjan como agentes multiplicadores entre los mismos docentes y miembros de la comunidad (padres, madres y otros responsables de las personas adolescentes).

Es necesario desarrollar investigaciones sobre las prácticas sexuales de la población masculina adolescente. En este sentido, se cuenta con muy poca información que contribuya con la prevención del embarazo.

Las investigaciones y diagnósticos provenientes de los diferentes sectores involucrados en la prevención y atención del embarazo en la adolescencia, deben diseñarse considerando la perspectiva del adolescente, sus necesidades e intereses. Para ello es importante incorporar a las personas adolescentes en forma transitoria en algunos proyectos, como colaboradores de los procesos, para realizar investigaciones con carácter participativo acerca de la situación de adolescentes embarazadas o , en general, del embarazo en la adolescencia.

Algunas experiencias en otros países de Africa, Asia y América Latina en la prevención del SIDA, han demostrado que los programas que emplean a personas adolescentes para que trabajen directamente con otras personas adolescentes, funcionan eficazmente y han dado buenos resultados.

La educación en salud implica proporcionar elementos a los adolescentes para que asuman su salud como un derecho.

La entrega de información debe cumplir un papel de formación, no sólo para llenar un vacío de conocimiento, de tal manera que se desarrollen actitudes entre los adolescentes.

Entre las actitudes que deben aprender figuran la capacidad de establecer comunicación abierta con sus padres, pareja o familia, de obtener y usar condones, cómo usarlos, de la anticoncepción, prevención de las ETS, del proceso de gestación, de cómo y por qué una mujer queda embarazada.

Estas actitudes se pueden introducir mediante una serie de actividades, tales como: aclaración de valores, práctica de toma de decisiones y refuerzo del comportamiento mediante la imitación de modelos y reacciones positivas. Por ejemplo, los programas escolares pueden incentivar a los estudiantes a hablar acerca de sus sentimientos y decir lo que piensan acerca de la actividad sexual sin riesgos, con el fin de conocer cuáles componentes del comportamiento preventivo pueden ser difíciles para cierta persona y por qué.

Los programas dirigidos a la prevención y atención del embarazo en la adolescente, deben abordar los antecedentes sexuales concretos de sus estudiantes, sus niveles de actitud para prevenir un embarazo o la infección por el VIH y las formas de relaciones que establecen entre sí. Según un estudio, en los Estados Unidos los programas de educación sexual que ofrecían aclaración de valores y ejercicios para desarrollar las actitudes tenían más probabilidades de éxito que los programas que lo hacían.

La creación de un sistema de información alrededor de las situaciones vividas en la adolescencia es de gran utilidad. Esto es, contar con una base de datos a nivel local, que alimente los otros niveles, con el fin de diseñar y articular las políticas de salud sexual y reproductiva.

Bajo este sistema de información, la base de datos se alimentaría de la información recopilada según los diferentes niveles de atención de las instituciones de salud y coordinación con otras instituciones locales que favorezcan la coordinación interinstitucional e intersectorial en el ámbito local.

El embarazo en la adolescencia debe formar parte importante en la definición de políticas públicas, es decir, el Estado debe asumirlo como parte de sus responsabilidades y no como objeto de respuesta institucionales aisladas, según el interés del gobierno de turno o de esfuerzos individuales, que si bien son encomiables, no son suficientes.

Los servicios de salud (y otros) deben ser más accesibles. Entre las mejores formas

para lograrlo se pueden citar: la actitud y la capacitación de los proveedores, la logística del servicio y la ubicación de los espacios físicos para atender las necesidades de las personas adolescentes, las cuestiones de privacidad y confiabilidad, y otros asuntos que abordan las necesidades singulares de las personas adolescentes. Las personas adolescentes necesitan defensores. Y los proveedores de servicios necesitan capacitación para atenderlos. Aún existen barreras de tipo cultural que deben superarse.

Para la definición de la población meta, es importante considerar las características específicas de las personas adolescentes, en particular, el estado conyugal. Tanto a las personas casadas como a las solteras se les plantean cuestiones comunes relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Por consiguiente, la necesidad de información acerca de la sexualidad, los anticonceptivos, el embarazo y otros asuntos son similares para todas las personas adolescentes.

Estén casadas o no, las personas adolescentes afrontan riesgos de salud debidos al embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS); no obstante las personas adolescentes solteras suelen encontrar más obstáculos en la obtención de los servicios y tienen diferentes necesidades de anticoncepción.

En general, los expertos están de acuerdo en que un entorno "amigo de las personas adolescentes" puede contribuir a atraer y a servir a las personas adolescentes, que tal vez se sientan avergonzadas o intimidadas al solicitar servicios, o que quizás afronten obstáculos prácticos como la falta de transporte y de dinero.

Se ha demostrado que abriendo espacios de consejería y apoyo para las personas adolescentes en las escuelas, colegios o la comunidad, la tasa de embarazo entre las muchachas disminuye con respecto a aquellos lugares en que no existen. Las personas adolescentes podrían hablar de cuestiones relacionadas con el embarazo y la sexualidad o simplemente acercarse a ver una película o hablar de otros temas.

La conveniencia de la ubicación, las horas de consulta, el grado de confidencialidad y el estilo del servicio pueden ser importantes, como también la

referencia que se haga de otros servicios.

Es importante realizar encuentros, por ejemplo mediante talleres, donde tanto los proveedores como las personas adolescentes elaboren (en conjunto) planes que incluyan diversas estrategias para vincular los servicios a los grupos de adolescentes, organizados o no, reorganizar el horario de los consultorios para atender a las personas adolescentes y capacitar al personal en asesoramiento para las personas adolescentes

### XIII. PRESUPUESTO

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
	Materiales de imprenta y papelería:		
500	Hojas	3.00	3.00
2	Tinta de impresora	40.00	80.00
6	Plumas, lápices,	3.00	3.00
2	Cuaderno	4.00	4.00
50 horas	Gastos por Internet	1.5	75.00
800	Xerox copias	0.03	24.00
	Transporte		80.00
600	Costos de computación	0.40	240.00
840	Copias de encuesta	0.03	25.20
	Tabulación de datos		150.00
	Elaboración de tablas y gráficos		150.00
3	Empastado	8.00	24.00
6	Cd	3.00	18.00
	Costos por grabación de CD en formato		
5	PDF	15.00	45.00
	Imprevistos		250.00
	<b>TOTAL</b>		1171.20

#### XIV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	MESES					
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
<b>PLANIFICACION</b>						
Selección y Delimitación	X					
Justificación y problematizac.	X					
Marco Teórico	X					
Diseño Metodológico	X					
Elaboración de Instrumento	X					
Recolección de bibliografía	X					
Presentación de protocolo	X					
<b>EJECUCION</b>						
Aprobación del protocolo		X				
Validación del instrumento		X				
Recolección de bibliografía		X				
Primera reunión			X			
Reunión			X			
Aplicación de entrevista			X			
Recolección de datos			X			
Segunda reunión				X		
<b>ANALISIS DE DATOS</b>						
Análisis Cualitativos				X		
Reunión					X	
Análisis Cuantitativos					X	
Tercera reunión					X	
<b>INFORMACION FINAL</b>						
Redacción de Tesis					X	
Reunión						X
Impresión de Tesis						X

## XV. BIBLIOGRAFIA

1. **Botero**, Jubiz, Henao.- **Obstetricia y Ginecología.**- Tomo I, Cuarta Edición. Colombia. 1999.
2. **Botero**, Jubiz, Henao.- **Obstetricia y Ginecología.**- Tomo II, Cuarta Edición Colombia.1999.
3. **Schwarcz**, Sala, Duvergers.- **Obstetricia.**- Ediciones El Ateneo.- Quinta Edición.1997
4. Sitio en Internet: Disponible en: [www.adolescenciaysalud.com](http://www.adolescenciaysalud.com). Buscador: Google.
5. Sitio en Internet: Disponible en: [www.sexualidadyembarazo.com](http://www.sexualidadyembarazo.com) Buscador: Google.
6. Sitio en Internet: Disponible en: [www.monografias.com](http://www.monografias.com). Buscador: Google.
7. Sitio en Internet: Disponible en: [www.cepal.com](http://www.cepal.com). Buscador: Google.
8. Sitio en Internet: Disponible en: [www.controlprenatal.com](http://www.controlprenatal.com). Buscador: Google.
9. Sitio en Internet: Disponible en: [www.ecuadordebate.com](http://www.ecuadordebate.com)
10. Sitio en Internet: Disponible en:  
[www.deDerechosyViolencia\\_DerechosdeLaMujer.com](http://www.deDerechosyViolencia_DerechosdeLaMujer.com). Buscador: Google.
11. Sitio en Internet: Disponible en: [www.abusoinfantilyembarazoprecoz.com](http://www.abusoinfantilyembarazoprecoz.com). Buscador: Google.
12. Sitio en Internet: Disponible en: [www.biológicopsicosociales.com](http://www.biológicopsicosociales.com). Buscador: Google.
13. Sitio en Internet: Disponible en: [www.eldiario.com](http://www.eldiario.com). Buscador: Google.
14. Sitio en Internet: Disponible en: [www.mujereshoy.com](http://www.mujereshoy.com). Buscador: Google.
15. Sitio en Internet: Disponible en: [www.familiaentelinternet.com](http://www.familiaentelinternet.com). Buscador: Google.
16. Sitio en Internet: Disponible en  
[http://www.ipasme.gov.ve/publicaciones/pdf/asistencial/embarazo\\_precoz.pdf](http://www.ipasme.gov.ve/publicaciones/pdf/asistencial/embarazo_precoz.pdf). Buscador: Google.
17. Sitio en Internet: Disponible en: [Embarazo precoz2.htm](#). Buscador: Google.

# XVI. ANEXOS

## ANEXO A

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE MEDICINA

Tema: Complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo de junio a noviembre del 2006

#### *FORMULARIO*

Nº Historia clínica: \_\_\_\_\_.

#### *Características epidemiológicas y factores de riesgo:*

**Edad:** \_\_\_\_\_ años.

**Procedencia:** Urbana: \_\_\_\_ Urbana Marginal: \_\_\_\_ Rural: \_\_\_\_

**Estado civil:** Casada: \_\_\_\_ Unión Libre: \_\_\_\_ Madre soltera: \_\_\_\_

**Vive con:** Padres \_\_\_\_ Madre \_\_\_\_ Suegros \_\_\_\_ solos \_\_\_\_

**Grado de instrucción:** Primaria completa \_\_\_\_ Primaria incompleta \_\_\_\_ Secundaria incompleta \_\_\_\_ Secundaria completa \_\_\_\_ Superior \_\_\_\_

**Ocupación:** labor doméstica \_\_\_\_ Estudia \_\_\_\_ Trabaja \_\_\_\_

**Estado Nutricional de la madre:** Bajo peso \_\_\_\_ Normopeso: \_\_\_\_ Sobre peso \_\_\_\_

#### *Antecedentes obstétricos*

**Inicio de las relaciones sexuales:** 11 -12 años \_\_\_\_ 13-14 años \_\_\_\_ 15-16 años \_\_\_\_  
17-18 años \_\_\_\_ 19-20 años \_\_\_\_

**Control prenatal:** 1-3 controles \_\_\_\_ 4-6 controles \_\_\_\_ > 7 controles \_\_\_\_

**Vía del parto:** Eutócico \_\_\_\_ Instrumentado \_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_

**Tiempo gestacional:** < de 28 semanas \_\_\_\_ 28-36 semanas \_\_\_\_ 37-41 semanas \_\_\_\_  
42 semanas \_\_\_\_.

***Complicaciones Obstétricas del parto:***

**Complicación obstétrica:** Pre-clampsia\_\_\_Eclampsia\_\_\_Distocia\_\_\_Hemorragia\_\_\_  
Septicemia\_\_\_ Sufrimiento fetal\_\_\_ Parto pre-término\_\_\_ Parto por cesárea  
anterior \_\_\_ Parto prolongado\_\_\_Recién nacido de bajo peso\_\_\_Anemia\_\_\_  
Desproporción cefalopélvica\_\_\_ Presentación podálica: \_\_\_; Rotura Prematura de  
membrana: \_\_\_; Desgarro uterino: \_\_\_; Condilomatosis: \_\_\_; Estrechez Pélvica: \_\_\_  
Embarazo gemelar: \_\_\_, Desgarro perineal: \_\_\_ Doble circular de cordón: \_\_\_.

**Complicación neonatal:** Malformaciones congénitas\_\_\_Síndrome de dificultad  
respiratoria.\_\_\_ Prematurez: \_\_\_, Síndrome de aspiración meconial: \_\_\_



This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.